

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N^o

THÈSE

305

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROUSSEAU (Max-Jules-Alfred)

né le 30 Septembre 1909 à Chartres (Eure-et-Loir)

LE PROBLÈME DE
L'ENFANCE ESTROPIÉE DANS LE MONDE
L'URGENCE D'UNE SOLUTION EN FRANCE

Législation, dépistage, traitement, éducation,
enseignement professionnel, placement.

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
ROUSSEAU (Max-Jules-Alfred)
né le 30 Septembre 1909 à Chartres (Eure-et-Loir)

**LE PROBLEME DE
L'ENFANCE ESTROPIÉE DANS LE MONDE
L'URGENCE D'UNE SOLUTION EN FRANCE**

Législation, dépistage, traitement, éducation,
enseignement professionnel, placement.

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939



Le Douen..... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	CUNEO
litiques	GOSSET
Clinique des maladies du système nerveux	GREGOIRE
Clinique des maladies infectieuses.....	LENCRMANT.
Clinique chirurgicale.....	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique ophtalmologique.....	COUVELAIRE.
Clinique urologique	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
Clinique gynécologique.....	RATHERY.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	LEMAITRE.
pédie	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique médicale.....	M. VILLARET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	TROISIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose.....	LAUBRY.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	CLOVIS VINCENT.
dulte	N...
Clinique cardiologique	HAZARD.
Clinique de neuro-chirurgie	HOVELACQUE
Assistance Médico-Sociale.....	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BERNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oo-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUEJOL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiâtrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. FETIT LUT. II^{es}.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	}	BASSET. —	}
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.			
SEZARY.			
	Clinique médicale		Clinique chirurgicale

MM.	
ECALLE	}
METZGER.	
	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A L'ASSOCIATION DES PARALYSES
ET
A SON PRESIDENT, MONSIEUR ANDRE TRANNOY

A MADEMOISELLE SUZANNE FOUCHE

Secrétaire Générale
de la Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail.

Qui a mis avec bonne grâce de nombreux et intéressants documents à notre disposition.

Respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS LAMY.

Chirurgien-Orthopédiste de l'Hôpital Foch
Délégué permanent pour la France de
l'Association Internationale pour les Enfants Estropiés

Qui nous a mis en rapport avec les spécialistes de nombreux pays étrangers et nous a encouragé dans la rédaction de ce travail.

Respectueux sentiments de vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR METZGER

Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers.

*Hommage respectueux pour la bien-
veillante sympathie qu'il nous a té-
moignée en de multiples occasions.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER AMSLER

Médecin-Chef des Dispensaires Antituberculeux
du Maine-et-Loire.

Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. BOUMARD

Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers
Médecin des Hôpitaux.

Membre Titulaire de la Société Française de Cardiologie.

Toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR

CHARLES-RÉMY MARTIN

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine d'Angers.
Chirurgien-Adjoint des Hôpitaux.

*Avec l'expression de nos très vifs
sentiments de gratitude pour la bonté
qu'il nous a témoignée.*

A TOUS NOS MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Officier de la Légion d'Honneur.

Croix de Guerre.

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur d'hygiène et Médecine préventive.

*Pour le grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant de présider cette
thèse.*

Il nous est agréable de remercier tous ceux qui, de près ou de loin, se sont intéressés à notre travail. Qu'il nous soit permis de citer :

Monsieur le Professeur ECKHARDT de Berlin;

Miss NANGLE, secrétaire du « Central Council for the Care of Cripples », Londres ;

Monsieur le Docteur DAM, membre de la Commission des allocations aux estropiés et aux mutilés, Bruxelles; Monsieur PIERARD, Directeur de l'Ecole des Estropiés de Charleroi; MONSIEUR PAUL H. KING, Président de l'Association Internationale pour l'Enfance Estropiée; Monsieur HOWETT, directeur des services sociaux de cette association; Monsieur HOOD, Directeur de la Division des Enfants Estropiés au Ministère du Travail américain;

Monsieur le Docteur VAN ASSEN, de Rotterdam;

Monsieur le Professeur HORVATH, de Budapest;

Monsieur le Professeur SPOLVERINI, Directeur de la « Clinica Pediatrica » à Rome;

Monsieur le Docteur JUAN FARILL de Mexico;

Monsieur RUMELHOFF, Directeur de l'Institut Central d'Oslo;

Mademoiselle Gertrude SIEGFRIED, secrétaire de l'Anstalt Balgrist, Zurich; Monsieur le Professeur SCHERR de Zurich;

Monsieur le Professeur FREJKA de Brno;

Monsieur le Professeur SPISIC de Zagreb;

En France, Monsieur le Professeur NOBÉCOURT et son collaborateur Monsieur le Docteur LEVENT; Monsieur le Professeur MOLLARET; Monsieur le Professeur PETTIT; Monsieur le Docteur TOURNAY de l'Aide aux Enfants Paralysés; Madame BERTIN-HUGAULT, Directrice de l'Aide aux Enfants Paralysés; Monsieur le Docteur CARUETTE, Directeur du Zander d'Aix-les-Bains.

Que tous veuillent trouver ici l'hommage de notre profonde et respectueuse gratitude.

TABLE DES DROITS DE L'ENFANT ESTROPIÉ

ADOPTÉE COMME PROGRAMME UNIVERSEL PAR LES REPRÉSENTANTS
DE 23 NATIONS RÉUNIS A LA HAYE LE 3 JUILLET 1931 A LA
SECONDE CONFÉRENCE MONDIALE POUR L'ENFANCE ESTROPIÉE.

1° *Tout enfant a le droit d'être normal à sa naissance* : c'est-à-dire d'avoir un corps sain, bien constitué, anatomiquement complet. Pour la garantie de ce droit, nous nous engageons à user de toute notre influence, de sorte que, grâce à une surveillance s'exerçant avant, pendant et après la vie intra-utérine, et dans la mesure où cela est humainement et scientifiquement possible de le faire, toute infirmité congénitale soit prévenue.

2° *Tout enfant a le droit de se développer dans les meilleures conditions de propreté, d'hygiène et de salubrité.* En affirmant ce droit, ce Congrès sous-entend user de toute son influence pour obtenir que les enfants de tous pays, grâce à des lois favorables et grâce à une surveillance et une protection efficace, puissent devenir des hommes et des femmes exempts de toutes infirmités, qu'elles soient causées par une nourriture insuffisante, des aliments impropres ou malsains, ou par des accidents, blessures ou mutilations.

3° *En dépit des droits de l'enfant à une naissance normale et à une surveillance attentive,* il est évident que malgré toutes les précautions, il y aura malheureusement toujours des enfants estropiés. Ceux-là, nous le déclarons, ont droit à un examen, un diagnostic et un traitement les plus précoces possible en admettant, ce que nous faisons, que des milliers de cas de déficience physique permanente puissent être évités par un traitement précoce et efficace.

4° *Tout enfant estropié a droit* non seulement au traitement le plus précoce possible, mais encore aux soins les plus assidus et les plus dévoués y compris le secours des appareils les plus indiqués pour soulager ou améliorer sa condition.

5° *Tout enfant estropié a droit* à l'instruction. Sans cela, toutes les autres mesures, sauf celles ayant pour but de soulager la souffrance, sont vaines.

6° *Tout enfant estropié a droit* non seulement au traitement, aux soins dévoués et à l'instruction, mais encore à l'apprentissage qui lui permettra de gagner sa vie totalement ou partiellement, comme son état le permettra. Sans un tel corollaire pratique, l'instruction est pareillement sans intérêt.

7° *Tout enfant estropié a droit* au placement professionnel; en effet, si l'enfant après avoir été soigné, instruit et après avoir appris un métier est abandonné dans la vie, tout ce qui a été fait auparavant l'a été en pure perte.

8° *Tout enfant estropié a droit* à la considération non seulement des responsables de son existence, de son traitement, de son instruction, de son apprentissage et de son placement, mais de ceux avec qui il est en contact journalier. Toutes les influences possibles seront exercées par ce Congrès et les associations affiliées, pour garantir ce droit, de sorte que, le plus longtemps possible, l'enfant estropié soit à l'abri de l'ironie cinglante ou de la raillerie amère, ou pis encore, de la pitié démoralisante de ses compagnons.

9° *Tout enfant estropié a droit* à un épanouissement aussi bien spirituel que corporel; et sans se préoccuper de religions ou de cultes particuliers, à la nourriture spirituelle nécessaire au progrès de son être.

10° *En résumé*, non seulement dans son intérêt propre, mais aussi dans celui de la Société entière, *tout enfant estropié a droit* au meilleur corps que la science moderne puisse lui donner, au meilleur esprit que l'instruction moderne puisse lui façonner, au meilleur apprentissage que l'éducation professionnelle moderne puisse lui dispenser, à la meilleure situation dans la vie que sa condition physique améliorée autant que possible lui permette, et aux plus grandes facilités pour son développement spirituel que son milieu puisse procurer.

INTRODUCTION

Dans la progression, lente mais continue, de la civilisation vers la recherche de l'amélioration de la condition humaine, des problèmes nouveaux se posent à chaque stade; et c'est dans la mesure où une société s'attache le plus rapidement et le plus complètement possible à les réaliser, que l'on peut juger de son degré de perfection.

L'assistance à l'Enfance Estropiée et la prévention de ses infirmités est un de ces problèmes. Dans l'Antiquité, comme nous le verrons par la suite, les enfants estropiés étaient exclus de la vie en commun avec une brutalité féroce. On en vint ensuite au mépris, puis à l'indifférence, plus tard à la pitié, enfin à la lutte méthodique et sûre contre le fléau qui les frappait. Ce lent cheminement qui s'est poursuivi durant quelques millénaires a maintenant presque atteint son but. Dans tous les pays que l'on s'accorde à dire civilisés, on s'occupe de l'Enfance Estropiée avec plus ou moins de succès, plus ou moins de routine aussi, mais on s'en occupe; et dans certains Etats, cette sollicitude a presque atteint la perfection.

Il existe à présent, à travers le monde, des contrées où presque tout ce qu'il est humainement possible de faire pour soulager l'infortune d'enfants qui ne connaissent de la vie qu'annuité et souffrances, est réalisé. *La France, pays dont les traditions ont toujours été de noblesse et de générosité, est-elle au premier rang d'entre elles ? Hélas, nous ne le croyons pas.* Dans tous les congrès mondiaux où l'on s'est penché sur le sort de millions d'enfants souffrant dans leur chair et dans leur cœur, les représentants de notre pays n'ont pu à l'égal des autres, citer leur patrie comme le pays modèle dont l'Univers entier aurait pu suivre l'exemple. La voie tracée en Alle-

magne par BIESALSKI, en Angleterre par Sir ROBERT JONES, au Danemark par le pasteur HANS KNUDSEN n'a pas eu de prolongement chez nous. Seules, quelques bonnes volontés ont lutté ici et là, noyées dans une mer d'indifférence; et l'on peut dire avec le Docteur LAMY que de toutes les grandes nations, la France est la seule à ne pas avoir entrepris d'action méthodique, effective parce que totale, dans la lutte contre l'infirmité.

Une telle constatation nous a encouragé à soutenir cette thèse dans laquelle nous étudierons le vaste problème de l'enfance estropiée à peu près dans son ensemble, les solutions apportées dans le monde pour le combat efficace et à la fin de laquelle nous nous efforcerons de tracer une liste exacte des réformes les plus urgentes et les plus applicables à notre pays afin que celui-ci retrouve son vrai visage dans ce domaine.

Si par bonheur notre voix était entendue, nous pourrions lutter à armes égales avec d'autres nations qui ont fait trop souvent de leurs succès dans cette branche d'assistance une arme de propagande au service d'idéologies étrangères à la médecine, et ne plus nous trouver dans la pénible situation qui fut celle de nos représentants à Montréal; il leur fallut décliner l'offre d'organiser à Paris un Congrès Mondial de l'Enfance Estropiée, en raison de la gêne où les aurait placés l'indigence de nos réalisations.

GÉNÉRALITÉS SUR LE PROBLÈME DE L'ENFANCE ESTROPIÉE

HISTORIQUE.

Pendant très longtemps, les estropiés furent les victimes des plus mauvais traitements de la part des autres hommes.

Nous ne rapellerons pas, parce qu'elle est trop connue, la façon expéditive dont en Lacédémone et dans l'Inde on se débarrassait des enfants nés avec une déficience physique.

Dans l'Écriture, Moïse interdit aux aveugles, boiteux, bossus, nains, de faire des offrandes au Seigneur par crainte de profanation du sanctuaire. D'ailleurs les infirmes étaient bannis des villes et des villages par les Hébreux et réduits à mendier le long des routes.

Dans les pays méditerranéens jusqu'au IV^e siècle de notre ère, il n'est pas possible de trouver mention du moindre établissement hospitalier. Les indigents, malades et infirmes, n'avaient, semble-t-il, d'autres ressources que d'aller chercher refuge dans le temple d'Esculape, où ils attendaient, faute de mieux, une intervention surnaturelle.

La civilisation athénienne fut la première à s'occuper du sort des infirmes. Athènes inaugura un système d'assistance à domicile tout à fait analogue à celui qui existe à l'heure actuelle en France.

C'est le Concile de Nicée qui condamna la coutume d'abandonner les enfants difformes; les empereurs chrétiens Constantin, Valentinien, Justinien firent des lois dans le même but.

Au cours des siècles et malgré la diffusion de l'enseignement évangélique, l'attitude de la population à l'égard des infirmes

resta hostile. Au Moyen-Age, l'enfant infirme était supposé avoir été engendré par un démon; il était mis à mort et sa mère brûlée vive.

Des exécutions de ce genre eurent lieu en 1543 à Avignon et en 1602 à Paris. Ce furent les dernières. A partir de ce moment, on ne met plus les infirmes à mort; c'est l'ère du mépris qui commence et qui durera jusqu'à la fin du XVIII^e siècle.

Pourtant dès 1601, la Reine Elisabeth d'Angleterre promulgua la fameuse « *Loi des Pauvres* » qui devait se maintenir sans changement notable jusqu'au milieu du XVIII^e siècle. Suivant cette loi, les estropiés, les impotents et les autres indigents incapables de gagner leur vie devaient être secourus, à défaut d'aide de leurs parents, soit à domicile, soit dans des maisons de travail.

C'est à la France que revint l'honneur de comprendre, la première de toutes les nations, quelle était la meilleure méthode de venir en aide aux estropiés. Sous Louis XIV, POMFONNE DE BELLÈVRE, président du Parlement de Paris, fonda le premier établissement pour la rééducation des infirmes par le travail. Cet établissement devint plus tard la Salpêtrière. On y fournissait aux infirmes à côté du gîte et de la nourriture, un travail aussi approprié que possible à leurs moyens physiques. En raison sans doute de l'insuffisance des méthodes de rééducation et de l'état encore rudimentaire de la prothèse, l'institution ne réussit pas. Les infirmes se souciaient peu d'ailleurs d'être hospitalisés et préféraient vivre d'aumônes.

Lorsque survint la Révolution Française, les décrets du 30 mai et des 6 et 7 juin 1790 ordonnèrent l'hospitalisation des infirmes. La Convention Nationale déclara solennellement, deux ans plus tard, que l'assistance était une fonction de la collectivité, un devoir social envers ceux qui sont incapables de se suffire à eux-mêmes. (Décrets des 19-24 mars 1793).

Sous Napoléon I^{er}, un décret-loi décida : « que les estropiés et infirmes qu'on ne trouverait pas à placer hors l'hospice y resteront à charge de chaque hospice, et que des ateliers seraient établis pour les occuper ». Mais tous ces décrets n'eurent guère de résultats pratiques.

Ce n'est que 20 ans plus tard, en Allemagne, que cette idée féconde devait se développer et commencer à porter ses fruits. En 1841, VON KURZ fondait à Munich un institut privé pour les enfants estropiés en vue de fournir l'instruction à ceux qui ne pouvaient se rendre à l'école et leur enseigner un métier.

C'était le début d'une ère nouvelle.

DÉFINITION DU MOT ESTROPIÉ.

Il existe dans la langue française un certain nombre de termes : invalide, infirme, estropié, impotent employés trop souvent d'une manière indifférente et qui ont besoin d'être précisés.

Par infirme, il nous semble que l'on doive entendre tout individu atteint d'une affection durable ou permanente, congénitale ou acquise, le diminuant physiquement; cette affection peut aussi bien toucher les organes des sens (aveugles, sourds) que les organes de locomotion (maladie de Little, poliomyélite) ou de soutien (scoliose). Toutefois, nous croyons que le terme d'estropié doive être réservé aux infirmes faisant partie de ces deux dernières catégories. L'impotent est un infirme tellement touché qu'il lui faut plus ou moins constamment l'aide d'une autre personne. Enfin, à notre avis, le terme d'invalide conviendrait à l'homme atteint d'infirmité à la suite de blessure de guerre ou d'accident du travail.

Cet essai de différenciation terminé, constatons qu'il n'y a pas en français moderne de substantif désignant l'ensemble des affections faisant d'un individu sain un estropié; il est possible de parler de l'invalidité, de l'infirmité, de l'impotence, mais on ne peut dire par exemple l'estropiement, terme désuet, bien qu'il soit souvent celui que l'on rencontre dans les traductions de documents étrangers traitant de la question.

Il faudrait maintenant délimiter le sens du mot estropié qui est employé d'une manière assez élastique suivant les pays. Il est possible de donner à cette intention une énumération de toutes les affections congénitales ou acquises provoquant cette infirmité. C'est ainsi que nous reproduirons la classification suivante due à Monsieur le Professeur MATHIEU :

1) Malformations congénitales :

Luxations congénitales, subluxations.

Amputations congénitales.

Pseudarthroses congénitales.

Pieds bots.

Anomalies osseuses diverses.

2) Malformations acquises :

Séquelles d'ostéite et d'arthrite aiguës.

Séquelles d'ostéoarthrites tuberculeuses (coxalgie, Mal de Pott, etc.).

Rhumatisme chronique (arthrite chronique des grosses articulations : hanche, genou, épaule).

Coxa-vara — genu valgum — pied plat.

Scolioses.

Courbures rachitiques.

3) Paralysies datant généralement du jeune âge :

Poliomyélites.

Paralysies spasmodiques (maladies de Little-Hémiplégies infantiles).

4) Séquelles d'accidents :

Fractures vicieusement consolidées.

Pseudarthroses.

Luxations anciennes.

Ankyloses.

Paralysies par lésions nerveuses-troubles trophiques.

Amputations.

Mais cette énumération ne nous paraît pas suffisante. Il ne suffit pas de donner la liste des affections qui rendent un enfant infirme, il faut préciser le résultat de l'incidence de cette affection sur l'organisme aux points de vue pathologique, économique et social.

« Un estropié, dit le Pr. SCHERB de Zürich, est une personne qui, par déficience ou malformation de naissance, par diffor-

mité acquise ou par incapacité de fonctionnement de certaines parties de son appareil de soutien ou de mouvement, se trouve empêchée ou sérieusement handicapée dans l'exercice de ses facultés normales de posture et de mouvement. »

Analogue est la définition du Dr DAM de Bruxelles : « L'estropié est l'individu qui, par suite d'un défaut congénital ou pour cause de perte, déformation, ankylose, paralysie ou contracture d'une partie du corps, subit un préjudice définitif dans la motricité et la possibilité de fonctionnement de ses membres ».

Plus complète et plus près de la vérité nous paraît la définition donnée par la *loi danoise* : « Un estropié est une personne qui, en raison de maladies congénitales ou acquises, ou de malformation dans les os, articulations, muscles ou nerfs, est entravée dans l'usage de ses membres ou de son corps d'une manière telle que sa capacité de gain sur le marché du travail est diminuée, non seulement en durée, mais encore en qualité ».

Enfin le professeur HAGLUND de Stockholm entend par estropié : « L'individu atteint de défauts des organes de maintien et de mouvement, passablement doué au point de vue psychique, ne souffrant d'aucun vice grave des organes des sens, sans tares morales manifestes, et dont l'infirmité est d'une nature ou d'un degré tels, en tenant compte de son caractère personnel, ainsi que de son milieu économique et social, qu'elle lui cause des difficultés sérieuses pour mener une vie normale ».

Nous adopterons cette définition en faisant observer qu'elle élimine les individus présentant des défauts des organes des sens ainsi que les cardiaques, alors que dans certains pays et notamment aux Etats-Unis, les enfants atteints de cette dernière affection sont appelés enfants estropiés.

Enfin, voici un autre point commun qui différencie les estropiés : tous ont besoin d'un *traitement orthopédique spécial* ; on entend généralement par là, non seulement le traitement opératoire de l'affection, mais encore la prothèse et le plus souvent la physiothérapie comme adjuvant.

NOMBRE DES ESTROPIÉS.

En 1906, une statistique allemande faite sur l'initiative de BIESALSKI, avec l'appui des autorités, comptait 110.000 estropiés de moins de 14 ans. En Norvège, en 1920, on a compté 8.891 estropiés pour une population de 2.700.000 habitants.

Les statistiques de plusieurs pays montrent l'existence d'un coefficient d'invalidité à peu près constant; ce coefficient est de trois enfants estropiés pour mille habitants de population totale, ce qui ferait environ pour la France un total de 120.000 enfants estropiés.

Le Docteur LAMY, dans son projet d'école pour scoliotiques dans la région parisienne, rapport présenté au Congrès Mondial de l'Enfance Estropiée à Budapest en 1936, donne le nombre de 10.000 à 12.000 petits scoliotiques pour cette seule région.

Dans le monde entier, le chiffre total des enfants estropiés est de l'ordre de quelques millions.

La grande majorité des affections qui rendent estropié frappent l'individu pendant sa jeunesse; 70 à 75 % des estropiés le seraient avant l'âge de 14 ans dans la proportion de 15 % d'affections congénitales, 60 % environ d'affections acquises.

Ces chiffres montrent combien le problème de l'Enfance Estropiée est primordial; c'est en portant tous les efforts sur la prévention et le traitement des infirmités de l'enfance que l'on peut le plus facilement diminuer le nombre total des estropiés qui grèvent les budgets d'assistance. Une autre raison pour s'occuper de préférence des enfants estropiés, c'est que l'enfance est plus adaptable que l'âge mûr et qu'il est bien plus facile d'apprendre à un enfant qu'à un adulte une profession convenant à sa déficience physique.

Quelles sont les affections qui font le plus d'estropiés ?

En général, celles qui occupent le tout premier rang sont : les tuberculoses ostéo-articulaires, la poliomyélite, les malformations congénitales, le rachitisme, la maladie de Little. Dans certains pays comme l'Allemagne, les Etats-Unis, la Norvège, la poliomyélite vient en tête. En France, aucune statistique ne donne la proportion des affections causes d'infirmités, mais en ce qui concerne la poliomyélite, notre pays *paraît* moins touché que les autres.

Voici à ce sujet le nombre des cas de poliomyélite d'après les statistiques de la Société des Nations, pendant les années 1927 à 1934 pour huit pays que nous avons choisis à dessein parmi ceux ayant le plus fait en faveur de l'Enfance Estropiée. En lisant ces chiffres, il faut tenir compte des différences sensibles de population :

PAYS	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Allemagne ..	2 768	975	1.157	1.363	1.623	3.869	1.251	1.701
Angleterre et Pays de Galles.	896	541	623	595	396	750	797	672
Belgique			245	135	59	226	128	47
Danemark ...	66	86	164	79	30	73	356	4.525
France	156	140	203	1.530	450	450	501	487
Norvège	178	118	214	34	58	111	236	354
Suède	375	482	950	304	98	777	506	1.100
Etats-Unis ..	10.533	5.169	2.910	9.247	16.676	3.809	5.042	7.212

A notre avis, il doit y avoir en France un certain nombre de cas de poliomyélites non déclarés; nous connaissons personnellement plusieurs anciens poliomyélitiques n'ayant pas été isolés pendant leur période aiguë et n'ayant pas eu leurs chambres désinfectées. Il semble que malgré la déclaration obligatoire de la poliomyélite en tant que maladie épidémique, le médecin éprouve en dehors du principe du secret professionnel, quelques hésitations à déclarer un cas. Ne doit-il pas tenir compte en effet que, ce faisant, il risque d'ajouter aux frais et surtout aux ennuis d'une famille déjà affolée par le caractère de l'affection qui vient de frapper un être cher ? D'autre part le manque de centres spécialement outillés pour donner les soins multiples et délicats qu'exige cette maladie ne fera qu'augmenter les scrupules à prendre une telle décision. La crainte de la contagion ne sera même pas un aiguillon pressant, car il faut bien avouer que les cas de contagion entre poliomyélitiques paralytiques sont très rares dans la bibliographie médicale et peu probants. Nous reviendrons dans un chapitre spécial sur cette question de la non-déclaration.

Dans la statistique que nous publions, le nombre des cas de poliomyélites enregistrés au Danemark en 1931 paraît très impressionnant; mais il convient de rappeler que les Danois

englobent sous le nom de poliomyélite abortive et font figurer dans leurs chiffres des angines, des gripes dont ils ont noté la recrudescence pendant les épidémies de poliomyélite; tous ces malades sont dirigés dans des centres spéciaux où ils reçoivent du sérum de convalescents. L'existence de ces formes non paralytiques de la poliomyélite a été exposée en détail dans la thèse récente de Corriat.

LES RAISONS POUR LESQUELLES IL FAUT S'OCCUPER DES ENFANTS ESTROPIÉS.

Ces raisons ne s'imposent pas à première vue; ainsi, maintenant comme au xvi^e siècle, bien des adolescents, des enfants mêmes, sont envoyés dans des asiles d'incurables, pour y passer le reste de leur triste vie. Il semble qu'en tolérant cela, nous obéissions tout comme nos ancêtres à quelque sentiment d'impuissance ou de fatalisme.

Et pourtant, nous l'affirmons de toute notre énergie, les raisons de ne pas suivre une telle voie sont multiples et convaincantes. Sans parler des progrès de l'orthopédie, immenses depuis l'un de ses plus illustres précurseurs, *Ambroise Paré*, progrès qui nous permettent de lutter le plus souvent avec efficacité contre l'infirmité, il est possible d'apporter à la défense de cette cause des arguments décisifs. Nous les classerons en deux catégories : arguments d'ordre humanitaire d'abord, économique ensuite.

1° *Arguments d'ordre humanitaire.* — Un estropié est, par définition, un être faible, mal préparé à la lutte pour la vie, et il est raisonnable que la Société l'aide pour lui permettre d'atteindre à un mode d'existence aussi normal que faire se peut, en un mot à son indépendance économique. Car un enfant estropié de condition modeste à qui l'on ne facilite pas les moyens de se soigner, de s'instruire et d'apprendre un métier, à moins qu'il ne possède des ressources intellectuelles extrêmement développées ou une volonté inflexible, aura de fortes chances de devenir un déchet social.

De sérieuses difficultés empêchent fréquemment un enfant estropié de fréquenter l'école, et d'apprendre un métier. Très souvent atteint à l'âge scolaire, ce sera pour lui un effort au-

dessus de ses possibilités physiques que d'aller à une école ordinaire; qu'il soit de plus obligé de rester une grande partie du temps allongé et non seulement il ne peut pas suivre l'école, mais encore il perd le goût du travail.

Il existe bien en France et dans la majorité des pays une loi contraignant à la fréquentation scolaire; mais si l'estropié ne peut aller à l'école ordinaire, et s'il n'existe pas près de chez lui d'école spéciale, la loi ne peut être respectée.

Admettons cependant que l'infirmité de l'enfant ne soit pas assez accentuée pour qu'elle l'empêche de fréquenter l'école; il restera encore de nombreux obstacles d'ordre psychologique. Ce sera tantôt, de la part des parents, la crainte que leur enfant ne soit bousculé et blessé par des camarades trop turbulents; ce sera aussi et trop souvent, la crainte de moqueries de la part de ses condisciples. Dans ce cas, l'enfant n'aimera pas l'école; il préférera les prévenances de ses parents, qui auront quelquefois la fâcheuse influence d'annihiler chez lui tout esprit de lutte. Le résultat sera déplorable. Il contractera des habitudes de paresse, et deviendra peu à peu un anormal, fuyant la compagnie des bien-portants, craintif, méfiant, quelquefois haineux à l'égard de la Société : entre elle et lui un mur épais d'incompréhension mutuelle s'élèvera.

Supposons que, grâce à un milieu favorable et au prix de mille difficultés, il arrive à s'instruire convenablement et à apprendre un métier, le marché du travail, si souvent restreint pour les ouvriers en pleine possession de leurs moyens physiques, lui sera fermé en raison de son infirmité.

Qu'il soit au contraire soigné, instruit parmi ses semblables, son complexe d'infériorité disparaîtra, sa personnalité s'épanouira; n'éprouvant pas aussi vivement le sentiment si pénible de sa déchéance, il pourra lutter, il pourra travailler, il sera sauvé.

2° *Arguments d'ordre économique.* — Cette difficulté que nous venons de mentionner dans la recherche du travail pour l'estropié peut paraître à certains une preuve de plus de l'inutilité des efforts pour la récupération de cette catégorie d'infirmes. Que ces partisans de l'immobilité veuillent bien réfléchir qu'il est difficile à l'estropié de trouver du travail, tout simple-

ment parce que, tout enfant, on ne lui a pas appris un métier adapté à son infirmité. Au surplus ne rien faire, ne rien tenter, continuer à envoyer des enfants dans les asiles d'incurables est une solution très facile, mais très coûteuse aussi pour les deniers publics.

C'est ainsi qu'à la suite d'une enquête faite en Norvège en 1920, on admettait que l'économie annuelle résultant de la récupération des estropiés qui venaient d'être recensés pourrait être chiffrée à 4 millions de couronnes, chiffre considérable pour le budget d'un petit pays.

En France, à Bordeaux, on a établi avant la guerre qu'un homme admis à 20 ans dans la catégorie des incurables avait reçu à 65 ans, 10.800 francs de secours officiels. Or, lui apprendre un métier n'aurait coûté que 3.650 francs. De même on a calculé en 1934 qu'il fallait dépenser pour un hospitalisé 6.000 francs par an, soit 180.000 francs en moyenne pour une vie d'incurable; assisté à domicile, l'Etat Français devait lui verser 20.000 francs de secours officiels, sommes qui ont encore notablement augmenté depuis.

Si pour une dépense momentanément plus lourde, on peut arriver à récupérer un estropié pour la collectivité, non seulement on soulage le budget de l'Assistance Publique, mais encore l'estropié, d'assisté devient productif. Ce point de vue est déjà très important pour un pays à faible natalité comme le nôtre. Mais il y a mieux encore; produisant plus, il consommera davantage et fera rentrer de nouvelles valeurs dans le circuit de la richesse nationale.

Cette idée a été comprise par des pays beaucoup plus riches que le nôtre en main-d'œuvre. Par exemple en Allemagne, le Docteur ECKHARDT de Berlin déclare : « La lutte contre l'infirmité est plus qu'un devoir dicté par la pitié ou des sentiments humanitaires envers la misère physique, intellectuelle et économique d'un concitoyen infirme et isolé. La lutte contre l'infirmité est un devoir national pour garantir et protéger les forces élémentaires de la nation et de chaque famille. Empêcher les infirmités, guérir ou améliorer les déformations physiques, enseigner et éduquer professionnellement les infirmes équivaut à une augmentation des forces et des capacités de rendement d'une nation ».

C'est dans le même sens que le Président ROOSEVELT a dit que l'infirmité juvénile était un malheur national.

La seule difficulté réelle dans l'assistance aux estropiés est, nous le reconnaissons, celle de leur placement une fois récupérés. Un pays qui a déjà des chômeurs peut-il se permettre de restituer ces estropiés à la vie normale sans craindre d'accroître le chômage ? On ne semble pas s'être arrêté sur ce risque en Allemagne où les ouvriers sans travail étaient pourtant très nombreux il y a quelques années. Peut-être nos voisins d'outre-Rhin ont-ils pensé que le chômage ne pouvait être éternel... Et puis la crainte d'en faire des sans-travail nous empêche-t-elle de nous occuper des aveugles, des sourds-muets, ou même simplement des tuberculeux osseux en traitement à Berck ?

Tous les arguments contre la récupération des estropiés nous paraissent se briser au contact de la vérité suivante; un estropié soigné et muni d'une profession aura au moins une chance de trouver du travail et de mener une vie quasi normale; un estropié hospitalisé dans un asile d'incurables est définitivement rayé du registre des éléments productifs de la nation et sous prétexte d'assistance, est en fait condamné à la prison perpétuelle.

COMMENT PEUT-ON VENIR EN AIDE A L'ENFANCE ESTROPIÉE ?

Si nous reconnaissons la nécessité d'un effort en faveur des enfants estropiés, il peut être utile d'étudier les méthodes habituellement employées dans ce but, de comparer ces méthodes afin d'en tirer pour notre pays un schéma correspondant le mieux possible à ses besoins et aussi à sa psychologie particulière.

Ces méthodes nous allons les exposer dès maintenant d'une façon générale, nous proposant d'y revenir plus en détail dans l'étude consacrée à chaque pays.

L'aide à l'enfance estropiée peut être envisagée sous différents angles suivant que l'on se place au point de vue de la prophylaxie, du dépistage, du traitement précoce, du traitement de l'infirmité confirmée, de l'instruction, de l'éducation professionnelle, du placement, de l'after-care (ou post-cure)

et de la législation. Nous laisserons de côté dans notre étude la prophylaxie qui nous entrainerait trop en dehors des limites que nous nous sommes fixées.

DÉPISTAGE.

Le premier travail est évidemment de découvrir les enfants que l'on peut soigner, assez à temps pour que le traitement soit le moins long et le plus efficace possible.

Trop souvent, surtout parmi la classe pauvre, l'enfant est amené au spécialiste avec un retard très préjudiciable. Pour éviter cette temporisation, quelles méthodes employer ?

On peut classer les moyens de dépistage employés dans le Monde à l'heure actuelle en deux groupes.

D'une part, ceux qui s'appuient sur une obligation légale de déclarer l'infirmité avec menace de sanction pour qui ne s'y soumettrait pas, et avec le concours de toutes les organisations : d'Etat (Conseils municipaux), scolaires (instituteurs), sanitaires (médecins, infirmières, sages-femmes) et même religieuses. C'est le système employé au Danemark et en Allemagne.

D'autre part, toute pression étant écartée, une collaboration des pouvoirs publics et des œuvres privées pour engager les estropiés à se présenter aux centres de diagnostic. Dans ce cas, il faut évidemment faire appel à la propagande. Un tel moyen respectant le libre-arbitre de la personne en cause, est employé en Angleterre et dans la majeure partie des Etats-Unis.

La première de ces deux méthodes est évidemment de loin la plus efficace, mais elle ne peut cadrer avec la psychologie de tous les pays. Les Latins en particulier supportent mal la contrainte, même bienveillante.

En matière de dépistage, qu'il soit pratiqué libéralement ou sous l'empire de la contrainte, un principe est primordial : c'est l'organisation chargée du dépistage qui doit aller vers l'estropié, mais non l'inverse. Il faut donc que des séances de dépistage aient lieu à intervalles fixes dans les petites villes et les bourgs de campagne afin que les parents y puissent conduire sans trop de peine leurs enfants.

La difficulté et la perte de temps pour mener ces derniers à la grande ville sont des obstacles très puissants. Le rôle de la propagande est également indispensable car l'ignorance de l'urgence d'un traitement empêche bien souvent les parents de s'inquiéter à temps; il faut apprendre au grand public, ainsi qu'aux sages-femmes et infirmières, les tout premiers signes de l'infirmité menaçante.

Enfin, pour qu'il soit vraiment efficace, ce dépistage doit pouvoir s'exercer à tous les âges de la vie de l'enfant (pré-scolaire, scolaire et post-scolaire). Nous insistons sur l'importance du dépistage pré-scolaire dans certaines affections, le coxa-vara par exemple.

Ce dépistage doit s'accompagner d'une mise à jour constante de la liste des enfants estropiés; il n'y a pas de moyen plus sûr pour un Etat de connaître l'importance exacte du problème et des moyens qu'il faut mettre en œuvre pour le résoudre. Cette connaissance précise offre la possibilité de suivre chaque enfant qui devra rester de longues années sous une surveillance attentive et éclairée.

TRAITEMENT.

Pour saisir dans son ensemble la diversité des obstacles rencontrés dans la pratique journalière des soins aux enfants estropiés, obstacles dus au manque d'établissements spéciaux, nous allons donner un extrait du rapport déjà cité du Docteur Louis LAMY sur un projet d'école pour scoliotiques. Apportant au débat son expérience quotidienne, le Docteur LAMY dit ceci : « L'enfant (scoliotique) est amené dans une consultation orthopédique. Il est soigneusement examiné, mesuré, et on prescrit son traitement. En quoi consiste ce traitement ? Si l'enfant que nous examinons appartenait à la classe aisée, comment serait conduit le traitement ? Supposons, ce qui est fort heureusement maintenant, grâce à l'inspection des écoles, le cas le plus fréquent, qu'il s'agisse d'une scoliose du premier degré. Nous prescrivons : une séance de gymnastique matin et soir, suivie d'un massage des muscles du tronc; étendre l'enfant fréquemment pendant la journée sur un plan dur (table ou tapis par terre); lit plâtré correc-

« leur pour la nuit; pas de fatigues; bains salins, frictions,
« rayons ultra-violet, vitamines, etc... Les études ne seront
« pas interrompues; autant que possible l'enseignement sera
« oral pour que l'enfant puisse le recevoir couché; quelques
« devoirs écrits seront permis en position assise, à raison
« de 3 ou 4 fois une demi-heure par jour suivant les cas.

« Que pouvons-nous réaliser de ce programme dans la clien-
« tèle hospitalière ? En dehors du lit plâtré pour la nuit qui
« est toujours réalisable, nous pouvons lui offrir une, deux,
« ou trois séances de gymnastique orthopédique par semaine
« à condition toutefois qu'il n'habite pas trop loin et qu'il
« soit assez grand pour y venir seul. Si ces conditions ne sont
« pas réalisées, les frais d'autobus, la perte de temps, la trop
« grande répétition de ces séances font que la famille y re-
« nonce. Presque toujours d'ailleurs pour ne pas dire tou-
« jours, les séances de gymnastique, les séances de R. U. V.
« ont lieu le matin. *L'enfant se trouve donc dans l'obligation*
« *de supprimer l'école le matin.* S'il est un peu paresseux et
« souvent son état physiologique l'y prédispose, il perd le
« goût de l'école et s'autorise à la fréquenter de moins en
« moins. D'autre part, comme il ne fait que deux ou trois
« fois de la gymnastique par semaine au lieu de 12 à 14 séan-
« ces qu'il devrait faire, qu'il ne fait pas d'allongement obli-
« gatoire dans la journée, personne ne pouvant l'y contrain-
« dre et le surveiller, il est bien évident que son traitement
« orthopédique est insuffisant et le résultat n'est souvent pas
« très appréciable. La famille s'émeut; comme la déviation
« n'était heureusement pas grave, les parents avaient accep-
« té avec une certaine difficulté la nécessité de ce traitement
« qui bouleverse leurs habitudes. Ils ne voient pas une grande
« différence, en amélioration, malgré leurs sacrifices et ils
« constatent d'autre part que leur enfant fréquente de moins
« en moins l'école, qu'il devient un polisson. Ils décident d'in-
« terrompre le traitement perturbateur. En réalité, interrom-
« pre équivaut à une suppression définitive.

« Puis un an, deux ans ou plus se passent et la mère dé-
« couvre un beau matin avec horreur que son fils est bossu !
« Elle le mène de nouveau à la consultation. On compare les
« mensurations actuelles avec celles de la fiche antérieure. Il

« s'agit d'une scoliose du second degré en voie d'aggravation.
« Cette fois les parents instruits par leur propre expérience,
« comprennent la nécessité d'un traitement plus actif et
« l'acceptent sans difficulté ! L'enfant sera plâtré et devra
« venir fréquemment à l'hôpital pour les soins ultérieurs.
« *Bien entendu, pendant ce temps-là, il ne pourra fréquenter*
« *les écoles.* Le traitement, pour être efficace va durer six
« mois, un an, parfois davantage. Après la période des plâtres,
« l'enfant devra porter un corset en celluloïd, puis en coutil
« armé et devra suivre très rigoureusement le traitement
« précédent, massage, gymnastique orthopédique, repos sur
« le dos, etc.. pendant plusieurs années, sous peine de réci-
« dive. Là encore bien souvent, les difficultés matérielles vien-
« dront interrompre le traitement, soit que la famille se lasse,
« soit que l'enfant devienne indocile avec l'âge, soit qu'il soit
« impossible faute de crédits, de lui procurer l'appareil or-
« thopédique nécessaire.

« Il glisse alors insensiblement dans la catégorie des scolio-
« ses du troisième degré. Si l'on veut le traiter, il relève alors
« seulement des établissements spéciaux, des interventions
« chirurgicales et naturellement les études sont encore une
« fois interrompues. S'il n'est pas traité, il devient une épave
« physique et morale. Il a perdu toute habitude du travail
« intellectuel. Il est ancré dans la paresse.

« Il est d'ailleurs incapable d'exercer un métier qui néces-
« site un petit effort : sa force musculaire est très diminuée,
« ses poumons et son cœur sont en état de moindre résistance.
« Comme d'autre part, son développement intellectuel est très
« au-dessous de la moyenne, il passe indéfiniment à la char-
« ge de la société qui le nourrit. Heureux encore s'il ne garde
« pas rancune à cette société de ne pas avoir fait pour lui ce
« qu'elle aurait dû faire quand il en était temps ».

Ce tableau pourrait être reproduit pour un certain nombre d'affections sans y apporter de grands changements.

L'utilité d'établissements spéciaux pour les enfants estropiés se fait donc sentir. Quels doivent être ces établissements ? Si on les soigne dans les sections orthopédiques d'hôpitaux généraux, celles-ci deviendront rapidement insuffisantes. Comme nous le savons, l'acte opératoire n'est qu'une partie du

traitement orthopédique. L'enfant peut être simplement porteur d'un appareil plâtré et occuper ainsi inutilement un lit qui pourrait servir à l'un de ses semblables ayant besoin d'une opération urgente. De plus, dans cette section orthopédique d'hôpital général, il ne recevra pas les traitements spéciaux dont il a besoin (mécanothérapie, massage, diathermie, ondes courtes, etc...) et qui exigent une installation complète et coûteuse. Il sera privé de grand air, élément indispensable à sa convalescence, d'instruction, et s'il en a l'âge, d'enseignement professionnel.

Donc, sans supprimer les sections orthopédiques des hôpitaux généraux, il est possible d'envisager à côté de celles-ci et les complétant, des instituts spéciaux où les avantages que nous venons d'énumérer seraient rassemblés. Ce serait *l'hôpital orthopédique* où l'enfant séjournerait le minimum de temps utile. Aussitôt que le contrôle du chirurgien n'aurait plus besoin d'être aussi constant, que les soins nécessaires, tout en n'étant pas supprimés, pourraient être plus espacés, l'enfant serait transféré dans une *école orthopédique*.

Qu'entendons-nous par *école orthopédique* ? Une école où l'enfant suivant le régime du demi-pensionnat (dinant chaque soir chez lui et y couchant) pourrait s'instruire sans fatigue dans la position la mieux compatible avec son affection et recevoir encore les traitements physiothérapiques nécessaires à la consolidation de son amélioration ou guérison. Nous n'entreprendrons pas la description modèle d'un tel établissement. Que nos lecteurs que la question intéresse veuillent bien lire le rapport plus haut cité du Docteur LAMY, ou les descriptions des écoles déjà existantes aux Etats-Unis, chefs-d'œuvre en la matière.

Dans notre chapitre sur les Etats-Unis, nous donnons brièvement une idée de l'école orthopédique « *la Plus Grande du Monde* ». A Bordeaux sur une échelle beaucoup plus modeste, il existe une école de ce genre créée en 1926 à la satisfaction de la population locale.

Il existe un troisième type d'établissements en faveur de l'enfance estropiée, le seul employé dans certains pays : c'est le *centre de rééducation*. Celui-ci a pour régime l'internat; les enfants y reçoivent à la fois le traitement, l'instruc-

tion et l'enseignement professionnel. Tous les traitements y sont donnés. Un atelier de prothèse est le plus souvent adjoint à l'établissement. L'enfant estropié bénéficie de toute cette installation jusqu'à ce qu'on puisse le rendre à la vie, économiquement indépendant; quelquefois ce jour n'arrive jamais et l'estropié est alors transféré du centre proprement dit à l'annexe, dans les ateliers de laquelle il travaillera toute sa vie.

L'inconvénient majeur du centre de rééducation, c'est que l'enfant y est enfermé en vase clos, loin de la tendresse des siens, loin surtout de la vie normale qu'il ne connaîtra qu'à sa sortie. Dans une telle atmosphère, malgré toute la bonté et l'attention de maîtres experts dans la connaissance de sa psychologie particulière, l'enfant se forgera trop souvent une mentalité fausse par son manque d'expérience de la vie réelle et de sa rigueur pour les faibles. Peut-être l'existence lui paraîtra-t-elle plus douce de vivre ainsi au milieu de ses semblables, mais de quels déboires, de quelles rancœurs ne sera-t-il pas ensuite la proie lorsqu'il sera lâché en pleine vie ?

Pour nous le centre de rééducation ne remplit son plein office que chez l'enfant stabilisé dans son infirmité, trop touché pour suivre l'enseignement d'une école ordinaire et même d'une école spéciale, trop insuffisant dans le domaine intellectuel pour se tirer d'affaire dans la vie. Dans ce cas, ayant appris un métier, il sera plus tard placé dans l'atelier coopératif annexe.

ENSEIGNEMENT.

Comme nous l'avons indiqué à propos de chacun des types d'établissements de traitements, l'enseignement a avantage à y être donné en même temps que le traitement. *L'école orthopédique* est dans ce sens une excellente formule car l'instruction y est dispensée dans les meilleures conditions de repos et de surveillance. Mais d'autres fois, l'enfant pourra seulement fréquenter *des sections spéciales d'écoles ordinaires*, ces sections possédant tous les meubles appropriés indispensables à son état physique.

Dans certains cas l'enfant pourra être instruit simplement

à son domicile. Ce moyen est fréquemment employé aux Etats-Unis et est excellent quand le milieu familial est favorable, ce qui est toujours assez facile à déterminer.

Nous ne citerons que comme pis-aller, *l'enseignement par correspondance*.

L'instruction donnée devra approcher le plus possible de l'enseignement des écoles ordinaires avec, quand cela sera nécessaire, une proportion plus importante de travail manuel pour délier les doigts de l'enfant et le préparer à l'enseignement professionnel.

Les maîtres devront recevoir un enseignement spécial pour les préparer à leur tâche délicate. Aux Etats-Unis, il existe des écoles uniquement destinées à la formation de professeurs pour enfants estropiés.

Enfin, les enfants bien doués intellectuellement devront être orientés vers les carrières libérales convenant à leur état; il sera par conséquent utile de faciliter leur accès aux écoles supérieures.

Nous allons donner pour terminer ces quelques remarques sur la question de l'enseignement, un aperçu des conceptions pédagogiques du Docteur SICKINGER de Mannheim en ce qui concerne l'enseignement spécial. Nous empruntons ces quelques lignes au travail de Mademoiselle Suzanne FOUCHÉ.

« A son avis plus défavorable est la constitution physique
« et psychique du sujet, plus favorables doivent être les conditions de l'instruction.

« Le Dr SICKINGER part de cette constatation que parmi les
« enfants d'un même âge, on trouve :

« 1° Des enfants bien doués et travaillant facilement.

« 2° Des retardés, par suite de maladie ou d'accidents divers, qui arrivent au moment de gagner leur vie avec une
« préparation insuffisante.

« 3° Des enfants qui passent toute leur scolarité dans le
« degré inférieur.

« A ces trois degrés correspondent trois classes différentes :

« 1° La classe normale.

« 2° La classe d'avancement.

« 3° La classe spéciale.

« Ce système est adopté à Berlin, à Mannheim, à Bâle, en Belgique. A Berlin par exemple, les enfants qui sont restés un an dans la classe normale sans y progresser, sont admis dans les classes d'avancement confiées à des maîtres expérimentés. Aucun enfant n'y restera plus de trois ans; s'il ne se développe pas, il passe dans la classe spéciale. Pour toutes les branches (calcul, travail manuel, etc.) un système de classes mobiles permet des échanges nombreux ».

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

« On doit dans cette question s'inspirer du principe suivant, nous dit le Dr DAM qui fut longtemps directeur de l'Institut des Estropiés du Brabant : la qualité du travail manuel de l'estropié est égale à celle de l'individu normal, mais en général, la quantité de travail est diminuée; l'estropié perd « en vitesse ». Une conclusion s'impose; il faut diriger l'estropié dans la voie de l'artisanat et non pas vers l'industrie usinière. De plus il faut développer chez lui la valeur technique, de telle sorte que ses connaissances, son acquis du métier compensent dans la pratique la diminution de vitesse due à son état moteur ».

Quels métiers peuvent être enseignés aux estropiés ? Ils sont très nombreux; aux hommes, on peut enseigner : la vannerie, le cannage et le rempaillage des chaises, la fabrication des meubles en rotin, la sculpture sur bois, l'ornemanisterie, la reliure, l'imprimerie, la lithographie, la gravure, la photo-gravure, la coupe et la couture, la mécanique et l'orthopédie, l'horlogerie l'orfèvrerie, la bijouterie, le cartonnage, l'horticulture, le dessin industriel, d'architecture, etc. Pour les jeunes filles : la coupe et couture, la mode, la lingerie, la broderie, le tricotage à la machine, la bandagerie, la corsetterie, les fleurs artificielles, etc...

Sur quelles méthodes doit être basé cet enseignement professionnel ? Toujours d'après le Dr DAM, il faut qu'il soit basé sur l'étude des gestes à accomplir pour exercer le métier : la position dans laquelle l'estropié se placera, la mode de prise de l'outil, la main avec laquelle il la saisira, etc.

On devra ne pas négliger non plus le principe suivant, à

savoir qu'aucune prothèse n'est capable de remplacer une main absente. Par conséquent, l'objet principal de l'enseignement sera de faire exécuter autant que possible tous les mouvements effectués par les deux mains chez un être normal, par la seule main saine chez l'estropié; le membre lésé ne venant qu'en aide éventuelle à l'exécution meilleure du geste ouvrier. Il se produit quelquefois des phénomènes de suppléance surprenants. M. RUMELHOFF publie dans « Vers la Santé » d'août 1926, la photographie d'une infirme privée de ses deux bras, cousant à la machine avec ses pieds et faisant de la dentelle avec sa bouche, d'une autre infirme incapable de remuer plus de deux doigts de la main droite et gagnant 500 couronnes par an pour son travail. Le Dr DAM cite le cas d'un des meilleurs ouvriers relieurs formés à l'Institut pour Estropiés du Brabant qui était amputé de l'avant-bras droit: par suite de brièveté du moignon, il était inappareillable pratiquement; cela ne l'empêcha nullement de réaliser des œuvres remarquables dont plusieurs sont en la possession de la Reine de Belgique. .

Cet enseignement professionnel sera le plus souvent donné dans des instituts spéciaux. Notons qu'aux Etats-Unis, l'Etat verse quelquefois une certaine somme aux employeurs pour qu'ils prennent des enfants estropiés comme apprentis dans leurs établissements.

PLACEMENT.

Le placement est la clef de voute de tout le système de l'assistance aux enfants estropiés. Si l'enfant après avoir été traité plus ou moins longuement, après avoir appris un métier et bénéficié d'un effort financier important de la collectivité se trouve sans emploi, tout ce qui a été fait auparavant aura été inutile.

Les statistiques étrangères sont certes très encourageantes : *80 % des estropiés sortant des instituts allemands et danois sont placés avec des salaires normaux.* Pourtant, la crainte de ne pas trouver d'emploi pour les estropiés récupérés est le plus grand obstacle à l'effort en leur faveur; c'est du moins l'argument le plus volontiers mis en avant par les partisans

du principe : « Il faut laisser les estropiés se débrouiller par eux-mêmes, et conserver nos asiles d'incurables ».

Il est évident qu'un estropié mal orienté professionnellement, lâché dans une usine où la taylorisation serait très poussée, y ferait piètre figure. Il est non moins certain qu'un estropié convenablement instruit et enseigné professionnellement aura plus de mal à trouver un emploi qu'un bien portant; un patron hésitera toujours à l'employer et si la main-d'œuvre est abondante, le refus est certain.

On pourrait donner à méditer aux employeurs ces mots de HARRY FORD publiés dans son livre « *Ma Vie, Mon œuvre* » : « Les hommes qui sont au-dessous de la validité corporelle moyenne font d'aussi bons travailleurs, *si on les met à une place convenable*, que ceux qui sont au-dessus; »... « Nous sommes trop disposés à admettre sans y regarder d'assez près qu'il est indispensable qu'un homme jouisse de la pleine possession de ses moyens pour être capable de très bien s'acquitter d'une occupation quelconque ».

Par une propagande active et par un excellent enseignement professionnel, il est possible de lever dans une certaine mesure ce barrage de prévention contre l'emploi des estropiés.

L'emploi des estropiés, déjà délicat pour ceux qui sont peu touchés, est quasi impossible pour les très atteints. Une des solutions les plus intéressantes en dehors de l'artisanat est celle en vigueur dans certains états américains, en particulier à Boston, où se trouvent des ateliers coopératifs dont les 2/3 du personnel, soit parmi les ouvriers, soit parmi les emplois de maîtrise ou de surveillance, sont des estropiés.

AFTER-CARE OU POST-CURE.

Même une fois l'emploi trouvé, l'estropié ne doit pas être complètement abandonné. Il est possible de l'aider en surveillant les conditions d'hygiène physique et morale de son travail. On peut également constituer une fiche de renseignements en demandant aux employeurs s'ils sont satisfaits du travail fourni par l'estropié.

Les moyens de rendre service à un estropié ne manquent

pas (renouvellement de prothèse, surveillance médicale, recherche d'un logement plus près de son lieu de travail). Ces fonctions peuvent être remplies par l'association chargée de trouver l'emploi, ou par un bureau officiel. On trouvera dans notre chapitre sur l'Angleterre un exemple du travail accompli dans ce sens par les organisations d'after-care de Londres.

LE MOUVEMENT MONDIAL EN FAVEUR DE L'ENFANCE ESTROPIÉE.

En 1927, à Ostende, les membres du *Rotary* de 10 nations rendant compte de leur travail en faveur de l'enfance estropiée conçurent l'idée d'une conférence internationale. Celle-ci eut lieu à Genève en 1929; il y fut brillamment prouvé, à la satisfaction des plus sceptiques, que les différences de langues, de lois et de coutumes n'étaient pas des obstacles suffisants pour des hommes de bonne volonté.

Une seconde conférence se tint à la Haye en 1931. Ce fut la « *Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail* » dont Mademoiselle Suzanne Fouché est la secrétaire générale, qui devint la Section Française de la *Ligue Internationale pour l'Enfance Estropiée*, association mondiale dont le siège est à Elyria (Ohio) U. S. A., et qui, logiquement, représenta la France à la Conférence.

Au dernier Congrès à Budapest en juillet 1936, la France était représentée parmi 27 nations par :

Mademoiselle Suzanne FOUCHÉ;

Docteur Louis LAMY, chirurgien de l'Hôpital Foch;

Madame LAMY;

Professeur J. LEVEUF, Paris.

En juillet 1939, doit se tenir à Londres, le Quatrième Congrès Mondial.

Les deux premiers congrès ont surtout servi à établir les bases d'une action d'ensemble. Ils ont joué également un rôle d'émulation, et beaucoup de nations ont créé depuis une organisation officielle en faveur de l'Enfance Estropiée; d'autres ont complété leur législation dans ce domaine; d'autres enfin en ont créé de totalement nouvelles.

Quand donc cet exemple sera-t-il suivi par notre pays ?

Nous allons maintenant étudier les réalisations des pays occupant le premier rang en matière d'assistance à l'Enfance Estropiée. Ces pays, nous les classerons en trois catégories :

1° Les pays ayant fait appel à l'assistance privée dans une très large mesure, et n'ayant adopté que des mesures libérales dans leur effort de bienfaisance; tels sont :

L'Angleterre;

Les Etats-Unis (dans la plupart des Etats);

La Belgique.

2° Les nations ayant basé leur assistance sur une législation très complète, par certains côtés mêmes très rigide, et n'utilisant l'assistance privée que dans d'étroites limites. Dans cette catégorie nous placerons :

L'Allemagne;

Le Danemark;

La Norvège.

3° Un pas à système mixte :

La Suède.

Puis nous étudierons plus brièvement des pays dont l'organisation n'est pas aussi poussée, ou dont nous n'avons obtenu que des renseignements incomplets.

*Pays où l'assistance à l'enfance estropiée
laisse une large place à l'initiative
privée*

ANGLETERRE.

HISTORIQUE.

Avant le ^{xix}^e siècle, il n'y eut pas en Angleterre d'établissements spéciaux de traitement pour les estropiés. Ceux qui avaient besoin d'être soignés étaient reçus dans les hôpitaux généraux et traités absolument comme d'autres cas chirurgicaux.

Le premier hôpital uniquement réservé aux cas orthopédiques fut le « *Royal Orthopaedic and Spinal Hospital* » fondé à Birmingham en 1817. Il est maintenant incorporé à l'Hôpital Royal des Estropiés de Birmingham. Puis fut fondé l'« *Institution Orthopédique* », établie à Londres en 1838, qui devint ensuite l'« *Hôpital Orthopédique National et Royal* ». L'Hôpital Alexandra à Swanley, l'Hôpital des Enfants à Sevenoaks et l'Hôpital Cheyne pour Enfants à Chelsea furent ouverts en 1862, 1872 et 1875; ces hôpitaux furent les premiers qui prirent des enfants estropiés pour de longues périodes de traitement, en particulier ceux atteints de tuberculose des os et des articulations. Le « *N. J. Sanderson Home for Crippled Children* » fut fondé en Northumberland en 1888; il est devenu maintenant un hôpital orthopédique. Cette énumération montre combien a été précoce en Angleterre le sentiment de la nécessité du traitement orthopédique spécial.

Le premier pas vers l'enseignement professionnel des enfants estropiés fut réalisé en 1851 quand fut fondé à Marylebone « *L'Etablissement pour Filles Estropiées* ». Là, on apprenait aux pensionnaires la couture et la broderie. L'institution « *John Groom's Crippleage and Flowers Girl's Mission* » fut fondée dans la Cité de Londres en 1866; c'est encore un établissement important où l'on apprend aux filles à faire

des fleurs artificielles. La même année, la « *Maison d'apprentissage pour Enfants Estropiés* » (spécialisée dans l'apprentissage des métiers de cordonnier et de tailleur) fut ouverte à Wright's Lane, (Kensington); cet établissement fait maintenant partie de l'*Hôpital Orthopédique National et Royal*. Une autre maison fut fondée à Darthmouth, en 1870, mais a été fermée depuis. L'établissement *Passmore Edwards*, apprenant des métiers aux enfants estropiés, fut fondé en 1898.

Pendant le siècle dernier, les estropiés étaient traités en grande majorité dans les hôpitaux généraux et cela pendant des périodes très courtes. Il résultait de cet état de choses que les chirurgiens devaient fournir un effort plus pénible; quant aux estropiés, ils en pâtissaient également car il leur était pratiquement impossible de suivre les prescriptions de l'hôpital dans des maisons populeuses. En 1898, ALLEN GRAHAM tenta de remédier à cet inconvénient (tout au moins en ce qui concerne les enfants) en créant « *l'Association d'Aide aux Enfants Invalides* » dont le but primitif était de dépister les enfants et de les traiter dans leur propre maison.

Le premier résultat du bon travail accompli par cette association, fut que l'on commença à s'apercevoir combien ces enfants déjà handicapés dans leurs corps, l'étaient de plus dans leur esprit, en raison de leur manque d'instruction; ce manque d'instruction, il fallait en rechercher la cause dans l'impossibilité où ils se trouvaient de suivre les écoles ordinaires. C'est pour cette raison que Madame HUMPHRY WARD fonda une classe pour enfants estropiés et invalides à l'« *Institution Universitaire Féminine* » à Southwark, en 1893, et c'est, pour une grande partie, grâce à ses efforts que, par un Acte du Parlement passé en 1899, les *Autorités Locales Scolaires* furent chargées de créer des écoles ou des classes spéciales pour tous les enfants souffrant de déficiences physiques les rendant incapables de bénéficier de l'enseignement ordinaire.

La première école de cette sorte, reconnue conforme à la loi par le Bureau d'Education, fut les « *Heritage Craft Schools* » fondées à Chailey dans le Sussex en 1903.

« Les dernières années du XIX^e siècle virent en Angleterre une révolution dans les méthodes du traitement orthopédi-

que, déclare le « Handbook on the Welfare of Cripples », et cette révolution eut sa répercussion dans la conception des hôpitaux orthopédiques ». A ce sujet, on se souviendra toujours outre-Manche du nom de Sir ROBERT JONES comme de celui du pionnier de ce mouvement; d'après les anglais, « ce fut lui qui fut en fait le fondateur de la chirurgie moderne orthopédique telle qu'elle est pratiquée actuellement en Angleterre ».

En 1890, le premier des hôpitaux orthopédiques de plein air fut construit à Hesswall dans le Cheshire par l'*Hôpital Royal pour les Enfants de Liverpool*; il était spécialement fondé pour appliquer les méthodes enseignées par Sir ROBERT JONES et pendant de nombreuses années, Sir ROBERT JONES travailla en connexion avec cet hôpital.

Un autre grand pionnier du mouvement pour les estropiés en Angleterre fut Dame AGNÈS HUNT, elle-même une estropiée, qui consacra toute sa vie et toute son activité au bien-être des estropiés du pays. Elle fonda à Baschurch en 1900 un hôpital, maintenant connu sous le nom de « *Robert Jones and Agnes Hunt Orthopaedic Hospital* » ; c'est en connexion avec cet établissement qu'eut lieu en Angleterre la première tentative de ce que les Anglo-Américains appellent l'« *after-care* » littéralement la post-cure; c'est la période située après le traitement orthopédique de l'hôpital, période pendant laquelle il faut encore surveiller l'estropié, soit pour lui éviter une rechute, soit pour renouveler un appareil de prothèse. Cette tentative eut lieu à Shrewsbury, en 1909. Après deux mois d'apprentissage à l'Établissement, une dame prenait en charge les patients résidant à Shrewsbury, les visitant dans leur maison, les rassemblant une fois par mois, dans sa maison particulière pour être examinés par les inspecteurs de l'établissement, et amenés de nouveau à l'hôpital, quand c'était nécessaire, pour être examinés par le chirurgien.

Ce fut là que naquit cette idée qui est maintenant un principe bien établi et généralement reconnu en Angleterre : à savoir que la meilleure méthode pour obtenir le meilleur rendement des hôpitaux orthopédiques, tout en évitant aux patients de longs déplacements et des journées d'attente pour venir consulter à l'hôpital, était de fonder un certain nombre

de cliniques ou de centres d'examen dans des lieux appropriés situés à l'intérieur d'un large périmètre autour de l'hôpital, et facilement accessibles à l'estropié. C'est ainsi que, maintenant, il y a 500 cliniques ou dispensaires orthopédiques en Angleterre, et leur organisation autour de l'hôpital est la suivante : elles rayonnent dans un périmètre d'environ 40 à 50 milles dans toutes les directions, dans les petites villes et les gros bourgs. L'objet de ces dispensaires est l'examen du patient, mais les traitements tels que le massage et les exercices peuvent y être donnés. Ils sont desservis par des chirurgiens de l'hôpital central; ceci est considéré comme un point important car il assure la complète continuité du traitement. Le chirurgien visite le dispensaire mensuellement, mais l'infirmière du service qui l'accompagne, le visite entre temps, et est le rouage le plus important du système.

Quand un patient quitte l'hôpital orthopédique pour regagner son foyer, son nom est inscrit sur les registres du dispensaire le plus proche, et on lui dit quand il doit revenir se faire examiner par son chirurgien. Si, à la date précisée, il ne s'est pas présenté, c'est le devoir du règlement du dispensaire de s'informer du motif de son absence. Ces dispensaires sont d'habitude dirigés par un comité local dans lequel sont représentées des organisations comme la Croix-Rouge, les « *Women's Institutes* », les « *Scouts et les Guides* » sans compter les médecins de l'endroit et, dans les villes, les sections du *Rotary*.

Mais revenons à l'histoire. Pendant les 14 premières années du présent siècle, on s'occupa de plus en plus de créer des établissements pour estropiés, bien que ce fut toujours le résultat d'efforts individuels. En 1914, six ou sept autres hôpitaux avaient été bâtis en différentes régions de l'Angleterre. Les plus importants furent : le « *Lord Mayor Treloar Cripples'Institutes Hospital* » à Alton dans le Hampshire, créé en 1906, et l'*Hôpital de plein air de Liverpool* fondé à Leasowe dans le Cheshire; les deux étaient d'ailleurs primitivement réservés aux cas de tuberculose chirurgicale. Il fut créé également quelques établissements pour y donner l'enseignement professionnel : « *L'Atelier et Maison des Estropiés* » à Liverpool (1902), les « *Ateliers pour Estropiés* » à Bel-

fast (1903), les « *Etablissements pour Filles Estropiées et Invalides* » à Denmark Hill à Londres en 1912.

En Angleterre comme dans les autres pays, la guerre joua un rôle important dans le développement de la chirurgie orthopédique. En même temps un personnel entraîné se constitua, et tous ses progrès furent utilisés après la guerre, pour le bénéfice des infirmes civils.

Grâce à Miss Humphry Ward, le Parlement prit en considération un amendement à l'« *Education Bill* », quand celui-ci vint en discussion en 1918. Cet amendement prévoyait que la « possibilité octroyée aux Autorités Scolaires Locales de donner l'instruction aux enfants estropiés serait convertie en un devoir », mais à une date qui ne fut pas fixée. Par une nouvelle loi passée la même année, les autorités de la Santé Publique reçurent la possibilité de pourvoir au traitement des enfants de moins de 5 ans, et en 1921, les *Autorités Scolaires Locales* furent chargées de pourvoir à l'assistance médicale des enfants estropiés d'âge scolaire.

En 1919, Sir ROBERT JONES et Mr GIRDLESTONE publièrent leur « *Plan National pour les Estropiés* », et la même année, il se constitua une assemblée de personnalités au courant des aspects chirurgicaux, scolaires et sociaux de la question. Ces personnalités comprenaient « *La Commission des Conseillers parlementaires* », l'« *Association d'Aide aux Enfants Invalides* » et les représentants des chirurgiens. Il fut décidé de créer une nouvelle association pour réaliser les idées du plan national en adjoignant comme parties essentielles de ce plan les questions d'éducation, d'apprentissage professionnel et d'after-care. Ce fut là l'origine du « *Comité Central pour le Soin des Estropiés* », la grande association anglaise qui est à la source de tout ce qui se fait en faveur des estropiés d'outre-Manche.

Cette nouvelle association se mit au travail sous les auspices de la *Société de la Croix-Rouge Britannique* et avec son aide financière. Nous allons donner quelques précisions sur les buts de cette association, placée sous le patronage de Sa Majesté la Reine :

« *Le Comité Central pour le Soin des Estropiés* » a été fondé dans le but d'atteindre les objectifs suivants :

A) De rechercher les causes d'infirmité des membres et de promouvoir des mesures pour leur élimination.

B) D'encourager la formation d'associations locales pour aboutir aux résultats suivants :

1° L'organisation de mesures pour le dépistage précoce et le traitement prompt et efficace de ceux qui, autrement, deviendraient des estropiés.

2° L'organisation de plans pour leur traitement, leur instruction, leur apprentissage, leur emploi et leur bien-être général.

3° La préparation d'une statistique complète de tous les estropiés et le maintien au courant de cette registration.

C) D'agir comme un comité central de coordination pour toutes les organisations travaillant pour le bien-être des estropiés; de rester en contact étroit avec les Autorités Publiques et les départements ministériels, spécialement avec le Ministère de la Santé, le Bureau d'Education et le Ministère du Travail; et de hâter la création d'une législation pour les enfants et les adultes estropiés partout où elle sera nécessaire.

D) De rester au courant des progrès faits dans le Monde pour l'aide aux estropiés, et d'agir comme un bureau central d'informations dans tous les domaines concernant le traitement et le bien-être des estropiés ».

Le but du plan de Sir ROBERT JONES était d'obtenir que les Iles Britanniques soient couvertes d'un réseau d'hôpitaux orthopédiques avec des dispensaires annexes, choses qui, nous l'avons vu plus haut, est réalisée en grande partie. Mais dès le début de son existence, le *Comité Central* se heurta à l'indifférence générale. Il fit alors une enquête dans quatre régions très différentes les unes des autres, enquête qui démontra que trois enfants sur 1.000 habitants de population totale avaient besoin et pouvaient tirer profit d'un traitement orthopédique. On s'informa simultanément du nombre de lits mis à la disposition des enfants estropiés dans le pays et l'on arriva au chiffre suivant : il y avait 125.000 enfants ayant besoin d'un traitement orthopédique, alors que dans toute l'An-

gleterre, il n'y avait que 1.165 lits pour enfants dans des établissements donnant à la fois le traitement et l'instruction, et 21 écoles spéciales s'occupant de 1.610 enfants physiquement déficients.

Le *Comité Central* se rendit alors compte qu'il était impossible pour lui de fonder tous les hôpitaux, dispensaires et autres centres indispensables, et que la meilleure méthode pour arriver aux résultats désirés était de favoriser la formation « *d'Associations locales de volontaires* » dans les Comtés et dans les régions d'égale importance, chacune de ces associations prenant sur elle la responsabilité de mener à bien la création de ces établissements et de s'occuper des estropiés de la région.

Ce plan réussit pleinement et moins d'un an après, des associations volontaires étaient au travail dans 7 Comtés; trois ans après, 17 Comtés et grandes villes avaient suivi. Ce succès fut facilité par les pouvoirs légaux accordés aux Autorités Publiques locales qui coopérèrent avec les associations volontaires.

Ainsi le comité de la région du Lancashire possède et administre son propre hôpital orthopédique, sa maison de convalescents, et détient environ 35 dispensaires.

D'ailleurs, dans ces 15 dernières années, les progrès ont été relativement plus accentués. A tel point qu'en 1937 on pouvait compter plus de 40 hôpitaux orthopédiques, plus de 20 maisons de convalescence partiellement ou totalement destinées aux estropiés, 500 dispensaires orthopédiques et environ 25 établissements où différentes formes d'apprentissage sont données aux déficients. Cela ne veut pas dire, d'après le Comité Central qu'il n'y ait pas encore beaucoup à faire dans de nombreux domaines. Beaucoup de larges districts sont encore dépourvus de facilités de traitement.

Le don fait en 1936 de 86.000 livres sterling (environ 13 millions de francs) par *Lord Nuffield* en faveur des enfants estropiés fut la source d'une nouvelle et rapide impulsion des œuvres britanniques. Plus récemment, à la fin de 1938, le même bienfaiteur a donné 500.000 livres sterling (environ 90 millions de francs) pour l'achat de 5.000 respirateurs mécaniques pour les enfants atteints de poliomyélite et présentant des troubles respiratoires.

NOMBRE ACTUEL DES ENFANTS ESTROPIÉS.

On estime qu'il y a en Angleterre et au Pays de Galles, 200.000 personnes environ, qui sont soit estropiés, soit en passe de le devenir si on ne les soigne pas. D'ailleurs 80 % de ceux qui sont actuellement estropiés le sont à la suite de causes qui peuvent être prévenues. Environ la moitié du nombre total des estropiés comprend des enfants de moins de 16 ans, et l'on pense généralement que 9,5 0/000 des enfants âgés de moins de 16 ans ont besoin d'un traitement orthopédique.

LÉGISLATION.

Les Autorités locales ont en Angleterre *certaines pouvoirs et certaines obligations* à remplir en ce qui concerne les enfants estropiés d'âge scolaire, y compris le pouvoir de donner un traitement médical et chirurgical dans les cliniques et dans les hôpitaux ainsi que celui de leur dispenser l'instruction dans les écoles spéciales. Elles peuvent aider les estropiés de bien des façons; elles peuvent faire donner un traitement aux enfants âgés de moins de 5 ans et à toutes les personnes tuberculeuses de tout âge, faire le nécessaire pour toutes les personnes qui réclament l'aide de l'Assistance Publique, trouver un emploi pour tous ceux qui en ont besoin, et pourvoir à l'enseignement professionnel des déficients de moins de 16 ans chez qui cet apprentissage est indiqué.

Nous allons décrire rapidement ces pouvoirs et ces obligations des Autorités Publiques locales.

Les Conseils de Comté, les villes de Comté, les Bourgs, et les Districts Urbains et Ruraux ont la faculté, à condition qu'ils soient approuvés par le Ministre de la Santé, de faire traiter les enfants estropiés non-tuberculeux âgés de moins de 5 ans dans les hôpitaux et cliniques (*Maternity and Child Welfare Act 1918*, S (1)). En pratique, une partie seulement des Bourgs et des Districts Urbains et Ruraux exercent ces pouvoirs; dans les régions où ils ne le font pas, ils sont suppléés par les Conseils de Comté.

D'après l'« *Education Act* » 1921, les articles suivants régissent les devoirs des Autorités Locales en ce qui concerne

les enfants d'âge scolaire, c'est-à-dire entre 5 et 14 ans. (Ces Autorités Locales comprennent tous les Conseils de Comté et villes de Comtés, de Bourgs dont la population en 1901 dépassait 10.000 habitants et des Districts Urbains dont la population à cette date ne dépassait pas 20.000). Elles ont l'obligation :

1° De dépister tous les enfants physiquement déficients, habitant leur région, soit par les inspections médicales scolaires habituelles, soit par d'autres moyens, et de noter les enfants dont les tares physiques seraient compatibles avec une instruction convenable donnée dans des Ecoles Spéciales pour Enfants physiquement déficients. (S. S. 55 (1) et 80 de l'*Education Act.*, 1921).

2° De prendre les mesures nécessaires, sous réserve d'approbation par le Bureau d'Education, pour veiller à la Santé et à l'état physique de tous les enfants des écoles publiques élémentaires. (S. 80 (1)). D'après cet article, le Bureau approuvera les dispositions tendant à envoyer les enfants estropiés se faire traiter dans les hôpitaux et cliniques orthopédiques.

3° De pourvoir à l'éducation des déficients physiques. Les Autorités Scolaires Locales sont chargées d'envoyer les enfants estropiés aux Hôpitaux-Ecoles ou autres Ecoles Spéciales reconnues, ou de fonder elles-mêmes de telles écoles. (S. 56 (1) et (2)). L'éducation de ces enfants dans des Ecoles Spéciales est obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans.

Bien que les enfants tuberculeux d'âge scolaire soient légalement en dehors des dispositions précédentes, ces enfants sont aidés par les Autorités compétentes en matière de tuberculose, en accord avec l'arrangement conclu entre le Ministère de la Santé et le Bureau d'Education.

Les Autorités Locales pour les Etudes Secondaires (Conseils de Comtés et Conseils de villes de Comté) sont aussi chargées par l'article 80 de l'*Education Act.* 1921, d'organiser l'inspection médicale des jeunes sujets de moins de 18 ans qui suivent l'enseignement secondaire.

Estropiés Tuberculeux.

Les Conseils de Comté et de Villes de Comté, ou les Commissions Réunies de ces deux Conseils, sont chargés, en accord

avec un plan approuvé par le Ministre, de faire traiter les personnes de tout âge souffrant de tuberculose, dans des établissements approuvés par le Ministre de la Santé. (*Public Health Tuberculosis Act*, 1921).

Estropiés dépendant des Comités d'Assistance Publique.

Les estropiés de tout âge qui sont indigents et qui ne reçoivent pas les secours dont ils ont besoin de la Santé Publique ou du Bureau d'Education (*Education Board*) peuvent obtenir l'aide du Comité de l'Assistance Publique. Cette assistance peut prendre la forme d'un traitement médical ou de tout autre secours utile.

Quand cette assistance est ordonnée par un Médecin assermenté, il n'y a pas besoin de consentement de la part du Ministre, mais si des enfants sont envoyés à des établissements non reconnus et sans ordres médicaux, il est possible d'obtenir du Ministre la sanction du payement par les parents d'une certaine somme à un Etablissement reconnu (*d'après S. 67 de la Loi des Pauvres*, 1930).

APPRENTISSAGE.

D'après leurs pouvoirs en matière d'enseignement complémentaire, les Conseils de Comté peuvent payer tout enseignement qui n'est pas élémentaire; il leur est donc possible de donner l'enseignement professionnel à tout estropié qui en a besoin.

EMPLOI DES ESTROPIÉS.

Le Ministère du Travail collabore volontiers avec les efforts privés pour trouver des emplois aux estropiés, en particulier pour ceux âgés de moins de 18 ans. *La Commission technique pour la Jeunesse* (*Juvenile Advisory Committee*) désignée par le Ministère, s'occupe de trouver ces emplois. Dans certaines régions, les obligations se rapportant à l'emploi des jeunes gens âgés de moins de 18 ans, y compris les estropiés, ont été assumées par les Autorités Scolaires locales.

INSUFFISANCE DE CES DISPOSITIONS.

Ce bref résumé des obligations et du rôle des Pouvoirs Publics montre clairement que le Parlement anglais a mis entre leurs mains les moyens de satisfaire de nombreux besoins des estropiés, mais non tous, tantôt par des lois, tantôt en collaboration avec les œuvres privées. Pendant ces dernières années, les Pouvoirs Publics ont étendu constamment le champ de leur activité en faveur des estropiés, et dans bien des régions les réalisations sont maintenant excellentes. Mais pour plusieurs raisons, ces mesures ne correspondent pas complètement aux besoins nationaux. Certaines catégories d'estropiés sont désavantagées; dans beaucoup d'endroits, la nécessité des économies a freiné l'effort des autorités les plus bienveillantes; dans d'autres régions, les Autorités locales ont négligé pour une raison ou pour une autre d'user des pouvoirs en leur possession.

LACUNES DE LA LÉGISLATION.

La première lacune est celle dont sont victimes les estropiés non-tuberculeux ayant dépassé l'âge scolaire qui ne relèvent que du Comité de l'Assistance Publique, lequel est souvent mal disposé à accepter les demandes. D'autre part en ce qui concerne l'apprentissage, les Autorités Publiques n'ont pas établi un seul centre pour l'éducation professionnelle des estropiés; elles consentent quelque fois à payer les dépenses d'un tel apprentissage à une œuvre privée reconnue, mais il n'y a que très peu de centres où une autorité bienveillante puisse envoyer un apprenti.

Enfin dans quelques endroits, les services d'embauche de la jeunesse du Ministère du Travail, et les bureaux d'emploi des jeunes établis par les autorités locales ne font pas de grands efforts pour trouver du travail en faveur des jeunes invalides.

LES ŒUVRES PRIVÉES ET LES ASSOCIATIONS LOCALES POUR LE TRAITEMENT DES ESTROPIÉS.

Bien que les droits et les obligations des Autorités Publiques soient très étendus, il reste encore aux volontaires à

fournir un gros effort d'assistance. C'est ainsi que, bien que ce soit du ressort des Autorités Publiques de construire des hôpitaux orthopédiques, il n'y en a que 12 en leur possession, parce que beaucoup d'entre elles trouvent plus pratique d'envoyer leur patients aux hôpitaux des œuvres privées en y payant leur séjour.

Pour résoudre tous les problèmes que la carence des pouvoirs publics laisse sans solution, on pousse le plus possible à la constitution d'associations volontaires. Comme l'activité de ces dernières s'exerce dans tout le domaine de l'assistance aux estropiés, leur rôle est capital.

DÉPISTAGE.

Dans un seul district anglais, le chirurgien orthopédiste fait périodiquement un cours aux sages-femmes pour leur enseigner les malformations et maladies congénitales, leur apprendre comment les reconnaître et insister sur l'importance du traitement précoce.

En Angleterre, les enfants sont examinés médicalement la première fois qu'ils vont à une école vers l'âge de 5 ans, et cet examen se répète à intervalles réguliers pendant leur scolarité.

A Londres, les enfants sont examinés l'année précédant leur entrée à l'école.

En dehors de ces quelques mesures, il n'y a pas de plan d'ensemble pour le dépistage malgré les efforts du Conseil Central.

ÉCOLES SPÉCIALES.

Le « *London County Council* » possédait, en 1933, 39 écoles disséminées dans l'agglomération londonienne. Elles comptaient une population totale de 3.086 enfants.

En général ces écoles ne comprennent qu'un rez-de-chaussée; au centre se trouve un préau autour duquel sont situées les différentes classes, le réfectoire, etc. Certaines de ces écoles possèdent cependant un étage, mais dans ce cas, il est réservé à des classes d'enseignement spécial pour anormaux psychiques; dans ces écoles, les infirmes possédant leur entrée

spéciale, leur propre préau, leur jardin n'ont pas le moindre contact avec les enfants anormaux.

Dans ces écoles où les deux sexes sont réunis, on surveille très attentivement l'état physique. Quand les élèves ont terminé leurs classes, ils sont envoyés soit dans des « *Polytechnic Schools* » soit dans des instituts spéciaux.

Le mobilier des classes est très remarquablement adapté à ses fonctions; toutes possèdent, outre des pupitres spéciaux, des chaises longues pour les enfants ne pouvant s'asseoir.

Il n'y a qu'une ombre au tableau; c'est l'insuffisance du service médical. Les enfants qui doivent suivre un traitement sont menés aux consultations hospitalières, ce qui occasionne une grande perte de temps; d'autres moins gravement atteints reçoivent des soins à l'école même, à laquelle est toujours attachée une infirmière diplômée. Il est possible que depuis 1934 des perfectionnements aient été apportés à cet état de choses, mais nous n'avons pu malheureusement le savoir.

Quant au problème du transport, voici comment il a été résolu. Chaque école ne s'occupe que d'un quartier de la ville; son rayon d'action ne dépasse pas les trois milles anglais. Les enfants habitant à proximité de l'école et capables de marcher y viennent par leurs propres moyens; ceux qui habitent plus loin peuvent emprunter les moyens de locomotion habituels; dans ce cas, l'école rembourse les frais occasionnés par le transport aux parents qui ne peuvent en assurer le montant; les autres enfants, ceux qui ne peuvent marcher facilement, ceux qui ne peuvent marcher du tout, ceux qui se trouvent dans des conditions telles qu'ils ne peuvent user des moyens de transport habituels sont amenés à l'école au moyen de voitures spéciales. Chaque école possède deux ou trois voitures et chacune d'entre elles fait deux ou trois tournées passant par certains carrefours déterminés, où les parents conduisent leurs enfants, ou même au domicile de l'enfant. Chaque voiture est accompagnée d'une infirmière.

Les enfants restent toute la journée à l'école et y prennent leur repas de midi.

ÉTABLISSEMENTS DONNANT L'APPRENTISSAGE.

Il y a en Angleterre une demi-douzaine d'établissements

donnant à la fois l'apprentissage et plus tard un emploi permanent dans leurs ateliers aux estropiés.

LA RECHERCHE DES EMPLOIS TELLE QU'ELLE EST PRATiquÉE A LONDRES.

« *L'Association pour les Soins aux Enfants Physiquement Déficients* » qu'il ne faut pas confondre avec le « *Comité Central pour le soin aux Estropiés* », cherche du travail pour les garçons et les filles quittant les écoles spéciales pour estropiés et aussi pour les enfants à leur sortie d'autres écoles de Londres, si ces derniers sont tellement handicapés qu'ils ne puissent trouver un emploi sur le marché habituel du travail. Les résultats obtenus par cette association sont, paraît-il, très brillants et nous allons décrire brièvement ses méthodes.

Il faut d'abord noter qu'elle borne son rôle à trouver un emploi pour les moins de 18 ans.

L'étude de chaque enfant pris individuellement est considérée comme la clef de voûte du système. Une fiche définitive est prise pour chaque cas et l'on peut toujours se reporter à cette fiche quand le besoin s'en fait sentir.

Une volontaire connue sous le nom d'*Administrateur-représentant de l'after-care* (After-care Representative Manager) est attachée à chaque école spéciale. C'est souvent aussi un membre du Conseil Central et elle est en contact avec les familles d'estropiés vivant dans le voisinage de cette école. Au début du trimestre où l'enfant doit atteindre l'âge de 16 ans, le directeur envoie à cette volontaire un dossier sur l'élève, en ce qui concerne son travail et son état physique. Elle-même ajoute les renseignements qu'elle a obtenus sur la famille et envoie le tout à l'Association.

L'affaire est alors prise en mains par un des démarcheurs payés par l'Association. Bientôt, avant la fin du trimestre, une réunion se tient à l'école pour conférer sur l'avenir de l'enfant. Les professeurs, les parents et le démarcheur de l'Association y assistent, puis on fait entrer l'enfant.

On demande toujours à ce dernier de produire des spécimens du travail dans la pratique duquel il a été instruit durant les dernières années de son séjour à l'école. Un travail

bien fait permet de gagner l'oreille des employeurs. Les gains et les conditions de l'embauche sont discutés, sans oublier la question des transports toujours importante à Londres.

Si l'enfant est considéré comme assez fort pour assister aux cours du soir, on donne des conseils sur ceux qu'il doit suivre; mais en général on trouve que c'est demander un trop grand effort à un enfant délicat.

Après que l'enfant a été employé avec succès, on continue à l'aider jusqu'à l'âge de 18 ans. Chaque enfant est visité au lieu de son emploi la première quinzaine de son travail. Si tout va bien, on ne fait plus rien pendant six mois. A ce moment, l'after-care manager va à l'atelier et note les progrès. Cette visite se renouvelle tous les six mois environ.

A l'association, on possède un tableau de 100 occupations et métiers dans l'exercice duquel les estropiés ont réussi. On y conserve également une fiche sur chaque employeur (genre de travail, conditions, heures, gages.)

TRAVAIL DANS CERTAINES CONDITIONS PARTICULIÈRES.

Il s'agit des estropiés trop touchés pour travailler dans des ateliers ordinaires. On ne peut les employer que quelques heures par jour et en adaptant aux machines des accessoires pour leur faciliter le travail. Il semble que la meilleure solution soit l'atelier auprès duquel l'estropié habite, autant que possible de plain-pied. En Angleterre les ateliers de cette sorte sont très rares. Le seul véritablement important est le « *John Groom's Crippleage and Flowers Girl's Mission* » près de Londres. Là, il y a 280 femmes et jeunes filles à qui l'on apprend à faire des fleurs artificielles et que l'on garde ensuite. De ces 280, 200 habitent l'établissement. Les autres maisons de cette sorte n'emploient que 20 ouvriers au plus.

Enfin le « *Collège d'Apprentissage des Estropiés* » à Oswestry a l'intention de bâtir en annexe de son établissement un village pour estropiés, semblable au *British Legion Village* près de Maidstone, ou à *Clairvivire* en France.

ETATS-UNIS

Avant d'étudier l'organisation de l'assistance américaine en faveur des enfants estropiés, il est utile de se rappeler que les Etats-Unis constituent une fédération de 48 Etats et que chacun de ces Etats possède sa législation particulière ce qui n'est pas pour faciliter l'étude de la question. En plus de cette législation afférente à chaque Etat, il existe une législation fédérale s'appliquant à leur ensemble.

Nous allons d'abord donner un bref aperçu historique des étapes de cette assistance et passer ensuite à l'exposé d'une législation très complexe.

HISTORIQUE.

La première institution pour infirmes fut créée en 1863 à New-York pendant la guerre civile (*The Hospital for the Ruptured and Crippled*). En 1866, suivit à New-York l'inauguration de la première clinique orthopédique; en 1877, un service spécial pour enfants estropiés fut créé à l'hospice de vieillards de Philadelphie. L'initiative en faveur de ces œuvres était toujours d'ordre privé aussi bien pour les deux institutions que nous venons de mentionner que pour le « *Home of the Merciful Saviours* » à Philadelphie, premier hôpital américain exclusivement réservé aux enfants estropiés.

Après quelques autres efforts philanthropiques en faveur des estropiés s'ouvrit l'ère de la reconnaissance légale. Déjà, en 1875, dans l'Etat de New-York, avait été votée une mesure législative assurément peu intéressante et pratique puisqu'elle décidait que les enfants placés dans les asiles de pauvres et qui n'étaient « ni idiots ni inéducables, ni souffrant de sérieuses infirmités devaient être placés dans des asiles d'orphelins ou dans des établissements privés ».

Une loi beaucoup plus positive fut votée dans le *Michigan* en 1881; cette loi décidait que « ceux qui sont atteints de maladies chroniques ou qui peuvent avoir besoin d'un traitement chirurgical pour une cause les rendant incapables de subvenir totalement ou partiellement à leurs besoins devraient être traités aux frais de l'Etat à l'Hôpital d'Université d'Etat ».

En 1897, dans l'*Etat de Minnesota* fut votée une loi « pour la prévoyance, l'éducation et le traitement d'enfants infirmes et difformes ». Le paragraphe 289 de cette loi autorise l'Université de Minnesota à prendre aux frais de l'Etat toutes les mesures de prévoyance et d'assistance médicale qui lui semblent nécessaires pour secourir l'enfant indigent infirme ou menacé d'infirmité, à condition que cet enfant soit domicilié au Minnesota depuis au moins un an, et que sa résidence soit située dans un rayon de dix milles autour de l'Université.

Deux ans plus tard, *New-York* suivit l'exemple du Minnesota en fondant à West-Haverstraw, la première clinique orthopédique d'Etat réservée strictement au traitement des enfants indigents estropiés et difformes.

Signalons en passant que c'est en 1900 que fut créée la première Association ayant pour but l'assistance aux enfants estropiés (*Association for the Aid of Crippled Children*). A partir de ce moment l'évolution de cette assistance devint plus rapide et plus systématique.

Des lois furent encore promulguées à différentes dates jusqu'en 1927 en *Iowa, Oregon, Virginie, Kansas, Texas, Indiana, Oklahoma* et *Missouri* qui suivirent les lignes du plan *Michigan-Minnesota* pour le traitement à l'Hôpital de l'Université d'Etat. Certaines prévoyaient le paiement des dépenses par l'Etat, d'autres par le Comté. De même la loi de *New-York* servit de base à des lois créant des cliniques orthopédiques dans le *Nebraska, le Massachussets, le Minnesota, la Caroline du Nord* et la *Pensylvanie*.

Beaucoup d'autres plans en faveur des estropiés naquirent dans d'autres états où l'on dépensa des sommes considérables pour le traitement et l'instruction de ces enfants.

Ce fut l'*Ohio* qui donna l'exemple en 1906 en accordant de fortes subventions aux œuvres d'initiative privée et en promulguant en 1913 une loi organisant des écoles spéciales pour

les enfants aveugles, sourds et estropiés au-dessous de 16 ans. L'exemple de l'*Ohio* fut suivi de façon variée dans les Etats de *New-York*, *Vermont*, *New-Jersey*, *Montana*, *Kentucky*, *Floride*, *Kansas*, *Californie* et beaucoup d'autres Etats.

Parallèlement à ces mesures législatives se développait le programme de l'éducation des enfants estropiés. Pendant que la plupart des établissements publics et privés instruisaient plus ou moins complètement leurs malades, la grande majorité des enfants estropiés restait à la maison familiale ou ne pouvait, faute de places, être pensionnaire de ces instituts. Vers 1914, des écoles publiques pour enfants estropiés furent créées dans quatre grandes villes américaines. L'*Ohio* et l'*Etat de New-York* donnèrent les premiers un support légal à cette éducation spéciale pour enfants physiquement déficients.

En 1917, une loi de *New-York* décida la création de classes spéciales d'au moins dix enfants sourds, aveugles ou déficients physiques. L'aide de l'Etat leur était accordée.

New-Jersey fit de même l'année suivante avec une loi prévoyant une aide financière pour le transport des enfants et la rémunération des professeurs.

D'ailleurs les progrès dans le domaine de l'instruction n'étaient pas aussi rapides qu'ils l'étaient dans le domaine médical. La guerre mondiale devait en effet, aux Etats-Unis comme dans le reste du monde, donner une vive impulsion aux méthodes de récupération fonctionnelle.

LÉGISLATION.

A) *Législations particulières aux Etats.* — La méthode la plus communément employée pour dépister les enfants estropiés est celle du recensement scolaire. Les seuls Etats américains ayant institué la *déclaration obligatoire* des enfants estropiés sont les Etats d'*Iowa*, de *Wisconsin*, de *New-Jersey*. L'Etat d'*Iowa* a décrété également que tout fonctionnaire public ayant connaissance de l'existence de tels enfants devait les déclarer. La ville de *New-York* et les Etats de *Floride*, *New-Jersey*, *Ohio*, *Californie*, *Texas* et *Wisconsin*, et peut-être quelques autres ont des dépisteurs spéciaux. Certaines lois récentes requièrent l'aide du service de santé (médecins,

infirmières, etc) pour la déclaration. Le *Wisconsin*, le *New-Jersey*, et la *Californie* demandent que toute infirmité constatée soit déclarée sur les certificats de naissance. Des cliniques orthopédiques spéciales dépistent les cas d'infirmité dans beaucoup d'Etats comprenant : *Idaho*, le *New-Hampshire*, l'*Oklohama* et la *Pensylvanie*.

Au *Michigan* d'après la loi de 1927, une liste des enfants estropiés dressée par le superintendant de l'Instruction Publique est envoyée par l'entremise d'une commission spéciale à l'une des cliniques chargées de leur examen. Cette liste ne comprend que les enfants d'âge scolaire.

Dans le même Etat, un médecin expert désigné à cet effet, examine le petit estropié et le fait admettre aux frais de l'Etat à la clinique universitaire, s'il est d'avis qu'un traitement approprié a des chances de guérir ou d'améliorer l'état de l'enfant; et si les parents ou tuteurs sont incapables de payer les frais du traitement, l'Etat supporte dans ce cas les frais de surveillance médicale par le médecin de famille dans l'intervalle des traitements hospitaliers ainsi que ceux des services d'inspection sociale nécessaire (surveillance de l'hygiène à domicile, subventions pour médicaments et nourriture appropriée, infirmières visiteuses de prévoyance sociale).

En général, la plupart de ces lois ne visent que les enfants indigents (le terme indigent a été remplacé à *New-York* en 1925 par la périphrase : « Ceux qui ne peuvent se charger des frais dans leur totalité ou en partie »).

Ce sont les mesures législatives de l'*Ohio* qui nous paraissent les plus complètes.

L'*Ohio-Plan* de 1921 comprend trois lois : l'une relative au dépistage, la seconde au traitement et la troisième à l'éducation et à l'emploi des enfants estropiés.

Suivant la loi 174 du Sénat, les parents ou les tuteurs ont le droit d'adresser au tribunal pour enfants une demande d'assistance médicale et éducative. Le juge se renseigne sur la situation des parents ou des tuteurs et envoie un rapport au Ministère de la Santé Publique qui ordonne l'admission de l'enfant dans une clinique spéciale. Le ministère couvre les frais; le département (county) dans lequel l'enfant a son domicile est chargé de les rembourser ensuite au ministère et

peut à son tour récupérer ces frais partiellement ou totalement sur les parents ou tuteurs suivant leur situation. L'*Ohio-Plan* règle en outre la collaboration des institutions privées et de celles de l'Etat. Cela indique une certaine décentralisation, une mise sur le même plan des cliniques privées et des cliniques universitaires, ce qui au point de vue pratique laisse la liberté à l'initiative privée dont les œuvres sont très nombreuses dans le domaine de l'infirmité infantile.

Les frais de l'assistance et de l'aide médico-sociale aux enfants estropiés sont presque partout à la charge de l'Etat ou du département sauf pour quelques communes qui les couvrent elles-mêmes.

En Ohio, il n'y a pas de loi obligeant les parents à accepter un traitement médical. Une infirmière va les trouver et, s'ils acceptent, leur enfant est examiné par un spécialiste-orthopédiste; s'il recommande une opération, l'enfant est placé avec le consentement de ses parents dans l'hôpital où le chirurgien opère. Les parents peuvent choisir le chirurgien orthopédiste pourvu qu'il soit agréé par l'*Académie Nationale de Chirurgie* et le *Bureau Médical d'Etat*. Quand l'enfant retourne à la maison, l'infirmière lui rend visite et veille à ce que les instructions médicales soient exécutées.

Toujours dans le même Etat, on doit instruire les enfants estropiés ayant un psychisme suffisant pour en bénéficier. Cette instruction se donne dans une école construite spécialement pour les enfants déficients ou à l'hôpital orthopédique même; les enfants qui sont obligés de rester chez eux en raison d'une trop grande infirmité reçoivent l'instruction d'un maître venant à domicile. Dans les écoles régulières, il est prévu des classes spéciales. Le département d'Etat autorise le transport des enfants dans des autobus qui les conduisent à l'école et permet également l'emploi de la physiothérapie dans les écoles spéciales pour enfants estropiés, ou écoles orthopédiques. On peut dire qu'en Ohio, tout enfant, capable de tirer bénéfice de l'instruction et quel que soit son domicile, reçoit une éducation convenable.

Comme dans la plupart des Etats américains, il n'y a pas en *Ohio*, d'établissement comme celui de Berlin, l'Oscar-Hélène, établissement où l'on donne à la fois traitement, éduca-

tion et apprentissage professionnel. L'enfant une fois soigné chirurgicalement retourne chez lui et il va soit à l'école ordinaire, soit dans une école spéciale.

La question de l'apprentissage professionnel est réglée de la façon suivante : une section administrative gouvernementale recherche les fabriques, ateliers et usines où l'enfant peut être placé en apprentissage; l'Etat paie une certaine somme d'argent pour cet apprentissage. Cette méthode permet d'apprendre à l'enfant la profession spécialement indiquée à sa condition physique, tandis que dans un établissement comme l'Oscar-Hélène, les différents apprentissages sont en nombre plus limité et l'adaptation de l'estropié à son métier peut être moins bonne. Dans l'*Ohio*, seuls les enfants qui sont très touchés vont dans des établissements spéciaux.

A Cleveland et à Cincinnati, villes de l'*Ohio*, il existe des *associations de volontaires* qui dirigent des ateliers spéciaux pour l'apprentissage des enfants très touchés par l'infirmité, en particulier ceux souffrant de scoliozes, d'ostéomyélites, de maladies de cœur ou de poliomyélites. On choisit pour eux des professions appropriées et beaucoup de ces enfants, d'apprentis deviennent ouvriers dans les ateliers. Ils vivent dans leurs propres maisons et certains sont conduits à l'atelier grâce à un autobus spécial.

La législation en faveur de l'éducation de l'enfance estropiée ne s'est pas développée très rapidement aux Etats-Unis. En 1934, un rapport officiel révélait que seulement 14 Etats et le *District de Colombie* avaient convenablement envisagé l'enseignement à domicile, et mis au point le programme de l'éducation spéciale.

New-Jersey fut le premier Etat américain qui ait voté en 1911 une loi accordant une rente ou pension alimentaire aux estropiés (*Workmen's Compensation Act*). Mais on s'est vite rendu compte que cette forme de charité était insuffisante, qu'il était avant tout nécessaire d'éviter aux infirmes une vie oisive de mendiants ou de parasites, qu'il fallait compléter cette loi par le relèvement de leur capacité de travail. On comprend facilement que cette transformation des invalides à charge de l'Etat et de la société en êtres normaux et utiles à la collectivité ne pouvait être effectuée que si l'on entrepre-

naît ce travail assez tôt avant que les intéressés n'aient eu le temps de s'habituer à une vie de paresse.

B) *Législation fédérale.* — Suivant la promulgation du *Bill sur l'assurance du risque de guerre* du 6 octobre 1917, une étude fut faite qui conduisit au vote par le Parlement en 1918 du *Smith-Sears Act* accordant l'aide des fonds fédéraux pour la rééducation des blessés de guerre. Quelques tentatives sans résultats furent faites pour inclure l'aide aux civils dans cette loi. Mais, plus tard, on introduisit les articles relatifs à cette aide dans le *Smith-Barkhead Bill* qui n'eut pas l'approbation du Congrès. Cependant le 2 juin 1920, une loi semblable, le *Fess-Kenyon Bill*, devenait la première loi fédérale attribuant une aide aux civils physiquement diminués. Les dépenses votées par le Parlement furent de 750.000 dollars pour la première année et de 1.000.000 de dollars pour chacune des années suivantes.

Pendant les délibérations du *Congrès de la Maison-Blanche* en 1930, le problème des enfants estropiés fut considéré pour la première fois comme un *problème national*, résultat pour lequel « *L'Association Internationale pour les Enfants Estropiés* », dont nous parlerons plus loin en détail, avait bataillé pendant les précédentes années. L'extrait suivant du rapport de la Conférence le prouve : « *L'éducation des enfants estropiés n'est pas de la philanthropie, mais il saute aux yeux que c'est de l'intérêt bien compris* ».

« C'est une bonne politique publique et une bonne économie de veiller au traitement médical, à l'éducation et à la réintégration dans la vie de nos enfants estropiés; bien meilleure que de les laisser handicapés, ignorants et en lourde charge à la Société durant leur vie entière ».

A ce congrès, les vœux suivants furent adoptés parmi beaucoup d'autres :

- a) Les Etats constitueront des commissions responsables auxquelles les enfants estropiés seront confiés.
- b) Les bienfaits de l'art médical doivent être accessibles à tous.
- c) La convalescence et les soins consécutifs nécessiteront la collaboration des parents.

d) Tout enfant estropié doit être instruit aux frais de l'Etat. Avec une attention toute spéciale, on doit s'occuper de son apprentissage et de son placement.

e) Des fonds publics seront prévus pour réaliser ces projets et :

f) L'opinion publique doit être renseignée et on doit l'intéresser aux droits des infirmes ainsi qu'à l'importance pour les enfants estropiés de mener une vie normale. Le gouvernement fédéral doit promulguer une législation et faire les dépenses nécessaires en faveur des déficients physiques.

Le dernier de ces vœux fut exaucé en 1935 par le vote du *National Social Security Act*. Dans ses dispositions générales, il en existe trois se rapportant aux handicapés suivants : les aveugles, les enfants estropiés, et les enfants en âge de travailler ayant besoin d'une rééducation professionnelle en rapport avec leur déficience physique.

Pour comprendre les modalités d'application de cette loi, nous allons donner un large extrait du rapport de Miss CATHERINE LENROOT, directrice du *Bureau des Enfants* au Ministère du Travail des Etats-Unis, rapport présenté au Congrès de Francfort de Juin 1938 :

« La loi de *Sécurité Sociale* dans le chapitre 5 de sa deuxième partie, prévoit annuellement une somme de 2.850.000 dollars qui peut être versée par la Confédération aux Etats Fédéraux pour soutenir ces derniers dans la lutte « pour étendre et améliorer les services (surtout dans les régions pauvres et les régions rurales) destinés à dépister les enfants estropiés, à leur assurer les soins médicaux chirurgicaux et mécaniques de même qu'à faciliter l'examen, le traitement à l'hôpital et le traitement ultérieur des enfants estropiés ou atteints d'affections qui peuvent provoquer l'infirmité ».

« Ces versements sont accordés aux Etats Fédéraux avec l'autorisation de la directrice du *Bureau des Enfants* au Ministère du Travail de la Confédération, après que les propositions des Etats Fédéraux concernant ce service de bienfaisance aient été autorisées et qu'il ait été établi que les paiements de la Confédération s'équilibrent avec les dépenses des Etats Fédéraux et des communes dans ce but.

« Sur la base des dispositions de cette loi, le Ministre du
« Travail accorde à chaque Etat une contribution principale
« de secours de 20.000 dollars (en tout 1.020.000 dollars). Le
« reste de la contribution d'un montant de 1.830.000 dollars
« est distribué aux Etats Fédéraux au prorata des besoins
« de la région, qui se calculent suivant le nombre des enfants
« estropiés et les frais de leur traitement. La partie du ver-
« sement confédéral qui au cours d'une année financière n'a
« pas été payée à un Etat Fédéral peut lui être payée dans le
« courant de l'année suivante. (La notion d'Etat Fédéral
« comme nous l'employons ici, ne comprend pas seulement
« les 48 Etats au sens propre, mais aussi le district Columbia
« de la Capitale de la Confédération et les territoires d'Alaska
« et d'Hawaï).

« Dans l'année financière comprise entre le 30 juin 1937
« et le 30 juin 1938, il a été dépensé au titre de la loi de
« *Sécurité Sociale*, environ 6 millions de dollars (216 millions
« de frs). Pour administrer et surveiller ce programme, l'Of-
« fice des enfants de la Confédération s'est attaché un ser-
« vice pour enfants estropiés. Ce service est dirigé par un
« directeur-médecin à la disposition duquel se trouvent des
« médecins, des orthopédistes, des infirmières d'hôpital, et
« des infirmières du Service Public de la Santé. Cette équipe
« joue le rôle d'instance consultative auprès des autorités
« compétentes des Etats Fédéraux dans l'établissement du
« programme de bienfaisance et dans son exécution.

« Les Etats qui ne profitaient pas en 1936 des bienfaits
« de cette loi ont amendé leur législation dans ce but et l'on
« peut dire que *l'année 1937-1938 a été pour les Etats-Unis
« l'année de la fondation du programme national permanent
« pour le traitement des enfants estropiés et pour les servi-
« ces consécutifs à ce traitement.*

« Le plan annuel de chaque Etat Fédéral pour les presta-
« tions de services en faveur des enfants estropiés est com-
« munié du côté des autorités compétentes de la Confédé-
« ration à la direction du *Bureau des Enfants*; il contient
« de la part de l'Etat Fédéral la demande de crédits et expose
« comment ces ressources seront utilisées en accord avec les
« dispositions de la loi sur la Sécurité Sociale. Si le program-

« me de l'Etat Fédéral se trouve en concordance avec les
« dispositions légales, la directrice du *Bureau des Enfants*
« autorise le programme de bienfaisance et le Ministre du
« Travail permet au Secrétaire du Trésor de fournir à l'Etat
« les paiements pour les prestations en faveur d'enfants es-
« tropiés.

« *Le Bureau des Enfants* reçoit chaque trimestre des avis
« sur le dépistage et l'enregistrement des enfants estropiés
« ainsi que sur tous les services d'assistance qui leur sont
« assurés. Ces avis sont rassemblés et sont publiés chaque
« année par extraits pour tout le territoire des Etats-Unis.
« Des enquêtes spéciales sur cette assistance sont menées par
« le *Bureau des Enfants*.

« Une commission de consultation pour le service de bien-
« faisance en faveur des enfants estropiés et une commission
« générale de consultation qui s'occupe du service des mères
« et de la bienfaisance en faveur des enfants (toutes les deux
« nommées par le ministre du Travail) soutiennent le *Bureau*
« *des Enfants* dans le développement d'une politique de bien-
« faisance conforme au sens du chapitre 5 de la deuxième
« partie de la loi sur la sécurité sociale. La commission de
« consultation pour le service de bienfaisance en faveur des
« enfants estropiés se compose de chirurgiens, d'orthopédis-
« tes, de pédiâtres, d'infirmières, d'assistantes sociales et d'au-
« tres personnes expérimentées dans l'Assistance aux en-
« fants estropiés et dans l'administration d'un service de
« bienfaisance. Les propositions de cette commission ainsi
« que les propositions des fonctionnaires du service public
« de la santé des Etats Fédéraux ont une grande valeur pour
« l'établissement des programmes de bienfaisance ».

Deux nouvelles lois fédérales attendent d'être votées par le parlement : la première est un amendement à la loi de *Sécurité Sociale*, amendement connu sous le nom de *Bill S. 3.541* et présenté par M. LA FOLLETTE; elle vise au perfectionnement des services de rééducation professionnelle. La seconde a été présentée au Sénat des Etats-Unis en février 1937 par l'honorable CLAUD PEPPER, de Floride. Elle est désignée sous le nom de *S. 1634* ou de *Pepper-Boland-Bill*. Elle s'occupe de l'éducation de tous les types d'enfants estropiés. Elle

contient une proposition de crédit de 11.580.000 dollars pour 1939 devant être employés pour permettre à « chaque Etat de créer, d'étendre et d'utiliser des services pour l'éducation des enfants physiquement handicapés ».

Avant de passer à l'étude pratique de l'Assistance américaine en faveur des enfants estropiés, nous allons donner (toujours d'après le rapport de Miss CATHARINE LENROOT) une idée générale des programmes des Etats fédéraux en faveur de ces enfants :

« Jusqu'au 30 juin 1937, chaque Etat Fédéral a constitué
« un service administratif pour gérer les fonds d'Assistance
« en faveur des enfants estropiés. Il résulte d'un plan d'Assistance des Etats que les programmes sont exécutés dans
« 23 Etats par le bureau de l'hygiène, dans 15 Etats par le bureau de bienfaisance, dans 6 Etats par une commission pour
« enfants estropiés, dans 4 Etats par l'administration de l'enseignement, dans un Etat par l'hôpital de l'université et
« dans un autre par une commission qui réunit plusieurs bureaux.

« La mise à la disposition des Etats de ressources par la
« Confédération a rendu possible le développement de plans
« d'ensemble des Etats, là où jusqu'à présent ils n'existaient
« pas. Elle a contribué également à développer et à améliorer
« les plans d'Assistance qui existaient déjà. Ces plans diffèrent sensiblement pour chaque Etat qui, en les élaborant
« doit tenir compte de ses besoins et ressources propres.

« Le service d'Assistance que chaque Etat s'efforce de
« créer, comprend les points de vue essentiels suivants :

« 1) Le dépistage de tous les enfants estropiés.
« 2) La création de services d'examen pourvus de chirurgiens et de médecins travaillant dans les cliniques de l'Etat.
« Ces services d'examen devront être érigés dans les grandes villes et se déplacer de temps en temps dans différentes localités afin d'être facilement accessibles à tous les habitants de l'Etat.

« 3) La création d'un registre d'Etat pour tous les enfants estropiés nécessiteux.

« 4) Les cliniques de l'Etat, les hôpitaux, les foyers pour convalescents donneront les traitements médicaux et chirurgicaux.

« 5) La fondation d'hôpitaux suffisamment équipés et de
« foyers pour convalescents dans différentes parties de l'Etat
« et l'organisation du traitement des enfants estropiés dans
« ces institutions.

« 6) La mise à la disposition des malades d'appareils de
« prothèse, et la création de dispensaires pour les enfants
« dans les communes où ils résident.

« 7) La création d'internats pour enfants ayant besoin
« d'un traitement médical spécialisé en dehors de la maison
« familiale.

« 8) La collaboration avec d'autres institutions et autori-
« tés pour assurer aux enfants estropiés une formation sco-
« laire et professionnelle.

« 9) La collaboration étroite de toute les ressources de la
« Confédération, des Etats Fédéraux et des Comtés pour l'as-
« sistance aux enfants estropiés.

« 10) La collaboration avec les organisations profession-
« nelles, avec les organisations privées ainsi qu'avec les ins-
« titutions publiques et privées pour créer un service d'As-
« sistance aussi complet que possible en faveur des enfants
« estropiés.

« Chaque plan d'Etat prévoit en général un service admi-
« nistratif auquel appartiennent quelques médecins, les in-
« firmières du service public de la santé, des professeurs de
« gymnastique médicale et des assistants d'hôpitaux. Les
« médecins de famille, les infirmières du service public de la
« santé, les assistantes de la protection de l'enfance, les auto-
« rités scolaires et les membres des organisations de la bien-
« faisance privée et du secours à la jeunesse soutiennent les
« autorités dans le dépistage des enfants estropiés et amè-
« nent ceux-ci à se faire examiner et traiter dans les cliniques.
« Ce service d'Etat choisit habituellement des chirurgiens
« orthopédistes comme chefs de clinique. Si l'enfant a besoin
« d'un traitement plus étendu que celui qu'on lui donne dans
« une clinique, le service d'Etat prend des mesures pour qu'il
« soit traité par un chirurgien orthopédiste ou par d'autres
« médecins dans un hôpital et supporte les frais de ce traite-
« ment. Le service administratif d'Etat veille au traitement
« ultérieur, nécessaire pour compléter la guérison physique

« de l'enfant et sa réintégration sociale. Cette aide n'est toutefois fournie qu'aux enfants dont les familles ne sont pas en état de subvenir aux frais de traitement.

« La plupart des services d'Etat qui s'occupent de l'Assistance aux enfants estropiés sont soutenus par des commissions consultatives où sont représentées les professions qui participent à la réalisation du plan de bienfaisance, ainsi que les personnes possédant une certaine expérience de la bienfaisance en faveur des estropiés et les organisations d'aide aux infirmes. Ces commissions tiennent conseil en ce qui concerne les questions relatives au personnel destiné au service des hôpitaux et des stations de récupération.

« Les honoraires des chirurgiens et des médecins et les frais d'hospitalisation payés par les autorités de l'Etat sont soigneusement examinés par les commissions consultatives dans le but d'aboutir à des bases justes dans les paiements à assurer ».

EXEMPLE D'ORGANISATION D'ÉTAT.

Organisation des services pour enfants estropiés dans le Wisconsin.

Il y a un peu plus de 10 ans, il n'y avait dans le Wisconsin aucun programme d'Etat pour s'occuper des enfants estropiés. En 1926, « *L'Association du Wisconsin pour les Invalides* », œuvre privée, fut fondée avec l'objet de coordonner le travail de tous ceux qui étaient intéressés à la solution du problème des enfants estropiés et des adultes invalides, d'étudier ensuite les besoins de ces derniers et de mettre sur pied une législation pour faciliter ces besoins. On fit dans ce but des recherches en 1926 et cela dans plusieurs Comtés. On en conclut que les facilités de traitement étaient très réduites, les possibilités d'éducation fort inégales et qu'en dehors des grandes villes, il n'existait pratiquement rien pour s'occuper des enfants une fois qu'ils avaient été traités.

Une loi fut présentée à la session du Congrès de 1927. Cette loi créait une section des enfants estropiés dans le Départe-

ment d'Etat de l'Instruction Publique. Pendant 9 ans, cette section rassembla les éléments d'information sur 11.000 cas d'enfants estropiés, mais de ce nombre, on écarta 3.500 sujets parce qu'ils avaient atteint 21 ans, et pour d'autres raisons encore. Il restait donc 7.500 cas en dessous de 21 ans, de valeur intellectuelle normale. Ceci fait, on put déterminer leurs besoins au triple point de vue médical, social et scolaire.

En même temps que cette section était organisée, on vota une somme annuelle de 100.000 dollars pour fonder et entretenir des écoles orthopédiques. Ces écoles orthopédiques furent dotées de bâtiments convenant à des enfants estropiés incapables de marcher ou de gravir des escaliers, et trop atteints pour aller à une école ordinaire.

Huit villes du *Wisconsin* ont maintenant des écoles orthopédiques. En finançant ces écoles orthopédiques, les villes doivent supporter le coût de l'éducation dans la mesure où il est égal à celui des écoles ordinaires, et doivent fournir le bâtiment. Le surplus de dépenses est supporté par l'Etat.

Quand on eut organisé le programme scolaire pour les enfants estropiés, on s'aperçut que certains des enfants ayant été traités à l'hôpital avaient perdu 1, 2 ou 5 années d'études. C'est pour cette raison qu'en 1929 on s'occupa, grâce à une législation appropriée, de fournir l'instruction aux enfants séjournant dans les hôpitaux. La surveillance de cette éducation est faite par l'inspecteur des écoles de la ville dans laquelle se trouve l'hôpital, et les frais en sont payés par la Division des Enfants estropiés. Il y a maintenant des classes régulières dans 3 des hôpitaux pour enfants estropiés.

Lors de la promulgation de la loi de 1927, il n'avait pas été perdu de vue que la moitié de la population du *Wisconsin* vivait dans des bourgs de moins de 2.500 habitants. La moitié des enfants de l'Etat se trouvait donc éloignée des facilités de traitement. Aussi pour égaliser les chances, il fut créé un fonds qui était basé sur la prévision d'une somme de 4 dollars par semaine pour chaque enfant de la campagne. Avec cette somme, il est possible de garder à l'école orthopédique l'enfant qui retourne chez lui pour le week-end toutes les fois que son état le permet. Les enfants obligés de rester complètement à l'école doivent verser une somme supplémen-

taire. Maintenant, il y a un tiers des élèves des écoles orthopédiques qui sont originaires de la campagne.

Les enfants viennent à l'école orthopédique, soit parce qu'ils sont physiquement incapables d'aller à l'école ordinaire, soit parce que leur médecin a jugé qu'un traitement donné dans une école spéciale leur est indispensable. D'ailleurs contrairement à ce que l'on pourrait penser, les enfants fréquentant l'école orthopédique parce qu'il leur est impossible d'aller à l'école ordinaire, sont en faible proportion. La majorité n'est là que pour un traitement, et aussitôt qu'ils en sont jugés capables par leur médecin, ils retournent à l'école de leur district.

Chacune de ces écoles en plus des classes où des cours réguliers sont donnés, possède une section de physiothérapie bien équipée et dirigée par des personnes possédant l'expérience du traitement de l'enfance estropiée. Les emplois du temps sont prévus de telle sorte que, si cela est nécessaire, des périodes de repos complet coupent la journée. Dans toutes les écoles orthopédiques, il y a des sièges spéciaux pouvant être adaptés à chaque enfant, et auxquels des supports peuvent être attachés pour ceux qui portent des attelles ou qui ont des gouttières. A la place des escaliers, il y a des plans inclinés et des rampes sont installées le long des couloirs et des classes pour aider les enfants qui ont de la difficulté à marcher ou à se tenir debout devant le tableau. Les déjeuners sont servis en veillant au régime. Le transport est fourni gratuitement aux enfants, de leur maison ou de leur pension, aller et retour.

En plus, les enfants de l'école orthopédique ayant besoin d'aller dans une école supérieure sont transportés gratuitement à cette école.

On s'aperçut également que 2.800 enfants avaient besoin d'interventions chirurgicales et qu'il y avait seulement 80 lits dans les hôpitaux de l'Etat pouvant convenir à ces enfants. Aussi en 1928, on fonda un hôpital orthopédique de 150 lits pour enfants estropiés. La même année un hôpital pour convalescents de 50 lits était construit grâce à la générosité privée. Grâce à ces hôpitaux, les facilités de traitement furent triplées.

Puis vint, à un moment très opportun, le vote du *Federal Social Security Act*. Les nouveaux fonds octroyés par cette loi rendirent possibles trois nouvelles phases du programme en faveur des enfants estropiés : on s'occupa de créer des cliniques orthopédiques à la campagne, on put surveiller les enfants des régions rurales après leur traitement et on augmenta le nombre des écoles orthopédiques.

Les deux premiers points furent réalisés grâce à la coopération de la Société Médicale de l'Etat qui désigna dans ce but un comité de conseillers médicaux. Les sociétés médicales de Comté aidèrent à la création des cliniques de campagne.

On put instituer aussi avec les fonds fédéraux un service de physiothérapie pour les enfants de la campagne. Les physiothérapeutes travaillent d'accord avec les médecins de famille pour amener les enfants aux cliniques et aux hôpitaux. Ils surveillent les enfants possédant des appareils de prothèse, donnent les traitements physiques dans les maisons, et surveillent les traitements appliqués par les mamans. Les enfants dont ils ont à s'occuper sont ceux trop jeunes pour aller à l'école et par exemple les enfants ayant un pied-bot ou une paralysie brachiale. Les enfants plus âgés sont placés dans des écoles orthopédiques quand ils ont besoin d'un traitement physiothérapique.

Il y aura d'ici peu 10 écoles orthopédiques dans 10 villes du Wisconsin. Il y a encore quatre grandes villes qui en ont besoin. Quand elles auront réalisé les leurs, il n'y aura pas dans le Wisconsin de grande distance entre un enfant estropié et l'endroit où un traitement physiothérapique convenable pourra lui être donné.

QUELQUES CHIFFRES PRATIQUES.

Quel est le nombre exact des enfants estropiés aux Etats-Unis ? Nous pouvons citer une statistique qui donne un pourcentage de 5,2 pour mille enfants au-dessous de 16 ans. Mais cette statistique, pas plus d'ailleurs que les autres, n'est juste, et les chiffres varient approximativement entre 250.000 et 368.000 pour une population totale de 120 millions d'habitants. Citons les nombres donnés par Miss CATHARINE LENROOT, toujours au Congrès de Francfort : « Les registres pour en-

« fants estropiés de 36 Etats, d'Alaska et d'Hawaï contenaient
« au 30 juin 1937 les noms de 99.722 enfants estropiés. Dans
« la majorité des Etats, les enfants enregistrés étaient victi-
« mes d'infirmités et de déformations dont l'existence avait
« été établie par un diagnostic médical et se trouvaient déjà
« en traitement ou attendaient son début. Ce nombre ne com-
« prenait pas les enfants estropiés qui avaient été soignés
« par l'initiative privée et ceux pour qui le traitement ne
« pouvait être d'aucun secours ».

« La Conférence de la *Maison-Blanche* qui s'occupa en
« 1930 de la protection de l'enfance calcula sur la base d'es-
« timations très élevées qu'il y avait environ trois estropiés
« par 1.000 habitants ou environ 368.000 enfants sur toute
« l'étendue de l'Union. Les chiffres varient considérablement
« d'Etat à Etat ce qui provient de l'apparition de maladies
« épidémiques déterminées ou d'autres facteurs.

Toujours d'après le même rapport : « La cause principale
« de l'infirmité chez les enfants est la poliomyélite qui cause
« un cinquième et jusqu'à un quart des cas des infirmités d'en-
« fants. Les autres causes sont dans l'ordre du nombre d'en-
« fants atteints : les malformations congénitales, les blessures
« à la naissance, le rachitisme, les ostéomyélites, les tubercu-
« loses ostéo-articulaires ».

C'est en raison de ce grand nombre de cas de poliomyélites
que, chaque année depuis 1934, l'argent recueilli aux bals
donnés en honneur de l'anniversaire du Président ROOSEVELT
est consacré à des recherches sur la paralysie infantile et
sur d'autres maladies causant des handicaps physiques.

En 1937, il y avait aux Etats-Unis 25.000 enfants estropiés
en traitement et ces enfants étaient groupés dans 375 établis-
sements (hôpitaux, cliniques, écoles orthopédiques, centres
de convalescence).

Pour donner une idée de ce que sont les écoles spéciales
pour enfants estropiés américains, nous allons résumer briè-
vement un rapport présenté en 1936 au Congrès de Budapest
par Miss DONIATT. Il s'agit de l'école *Spalding*, une des quatre
écoles fondées par le bureau d'éducation de Chicago, et qui
d'après le rapporteur est la plus grande et la mieux équipée
du monde. Cette école est entretenue par la municipalité de

Chicago. L'instruction, ainsi que traitement, transport et nourriture y sont gratuits.

Cette école compte plus de 900 élèves et le personnel plus de 100 personnes. Les élèves y sont admis entre 21 mois et 21 ans. On les amène à l'école chaque jour et on les ramène chez eux au moyen de 23 autobus. On leur donne un repas chaud le midi et du lait deux fois par jour. Les maladies les plus fréquentes qui y sont soignées sont : les poliomyélites, les cardiopathies, les paralysies et les tuberculoses osseuses.

L'immeuble a trois étages avec escaliers, plans inclinés et ascenseurs (pour cardiaques seulement). Il y a 40 salles de classes et un amphithéâtre où se donne l'instruction. Il y a également trois cours de récréation installées sur le toit et deux grandes salles de repos avec 175 couchettes. Au premier se trouve le grand service de physiothérapie, avec deux bassins de natation et de traitement thermal, une cabine de rayons ultra-violets, et 16 cabines pour le massage et les autres traitements.

En dehors de 50 institutrices et professeurs, il y a 12 physiothérapeutes, 5 infirmières et un grand nombre de gardes.

L'*Ecole Spalding* ne donne pas l'enseignement professionnel.

Nous pourrions citer encore, comme autres écoles orthopédiques modèles : la « *Michael Downing School for Crippled Children* » à Minneapolis (Wisconsin), la « *Ann J. Kellogg School* » à Battle Creek (Michigan), l'« *Industrial Home for Crippled Children* » à Pittsburgh (Pennsylvanie), l'« *Gakmann School for Crippled Children* » à Detroit (Michigan), la « *Sunbeam School for Crippled Children* » à Cleveland (Ohio). Dans ces écoles, tout en leur préparant le meilleur avenir possible, les enfants estropiés sont entourés de tous les soins. On y trouve bibliothèques, orchestres composés d'enfants estropiés, troupes théâtrales, etc.

LA COLLABORATION DES ŒUVRES PRIVÉES.

Les organisations privées jouent un rôle très important. En maints Etats, ces organisations entretiennent des hôpitaux dans lesquels les enfants estropiés sont soignés gratuitement

ou contre le paiement d'une contribution modeste provenant du service de l'Etat. De nombreux hôpitaux généraux exclusivement constitués par des contributions privées entretiennent une section orthopédique qui accueille les enfants estropiés moyennant le paiement de sommes très réduites. Dans différents Etats, des centres de récupération sont entretenus par des organisations privées. Dans un grand nombre d'Etats, des associations pour enfants estropiés, l'« *American Legion* » (organisation de combattants) et des unions d'hommes et de femmes prêtent une aide sérieuse pour dépister les enfants estropiés, pour les encourager à aller dans des cliniques, et pour administrer et diriger ces cliniques.

Mais les deux plus grandes associations privées pour les estropiés sont : l'« *Association for the Crippled and the Disabled* » dont la secrétaire est Miss BELL GREVE et qui s'occupe du traitement, de l'apprentissage et du placement; l'« *International Society for Crippled Children* » fondée en 1928, œuvre considérable, à la base de tout l'effort américain de propagande, et dont l'action a même une évidente répercussion à l'étranger. Son président a d'abord été Edgar F. ALLEN, « *Daddy Allen* » « le père des estropiés d'Amérique » et, depuis le décès de celui-ci, Paul H. KING.

Nous allons énumérer ses buts et indiquer brièvement les différents services qu'elle a constitués dans son sein :

Ses buts : A) Organiser des Associations Nationales et Provinciales dans le Monde pour faire avancer la solution du problème des enfants estropiés, et pour aider, partout où cela est possible, le travail en faveur des estropiés adultes.

B) Diriger et soutenir ces associations dans l'établissement et la réalisation du programme suivant :

- 1° Dépister, dénombrer, et enregistrer les enfants estropiés.
- 2° Fonder des cliniques pour le dépistage des cas de déficience physique.
- 3° Pourvoir au traitement des enfants estropiés.
- 4° Veiller à l'assistance pendant la convalescence, et ensuite :
- 5° Développer les facilités d'instruction pour l'enfance estropiée.

6° Assurer un apprentissage aux enfants estropiés.

7° Trouver un emploi pour les handicapés physiques.

8° Prévenir les causes d'invalidité.

9° Coopérer avec toutes les institutions intéressées, gouvernementales ou privées, dans l'établissement et la réalisation de ce programme et en coordonnant autant que faire se peut le travail de ces institutions.

10° En hâtant le vote dans chaque Etat, province, ou pays de la législation capable d'assurer le développement de ce programme.

C. Organiser le triage, la collection, la dissémination de toutes les nouvelles se rapportant aux besoins des handicapés physiques.

D. Recevoir et gérer tous les dons, legs, dotations, faits à l'Association Internationale pour l'Enfance Estropiée en vue de réaliser ces buts.

SES SERVICES : A cet effet l'*Association Internationale pour l'Enfance Estropiée* a créé un bureau de recherches et d'informations, publie *The Crippled Child* (l'Enfant Estropié), ainsi que des bulletins et des rapports, intervient à la Radio, etc etc...

BELGIQUE

Législation.

Les soins aux enfants estropiés ont longtemps dépendu, en Belgique, de l'assistance privée.

En 1891, le 27 novembre, avait été votée la loi dite du « *Fonds Commun* ». Cette loi ne s'occupait pas des enfants estropiés mais des enfants aliénés, aveugles et sourds-muets. Elle prescrivait la constitution dans chaque province d'un fonds alimenté par l'Etat, les Provinces et les Communes, de la façon suivante : les communes pour une moitié, le reste réparti entre l'Etat et la Province dans la proportion des 3/4 et 1/4.

Le 14 juin 1920, on revisa cette loi non seulement dans le but de prévenir les abus en matière de séquestration à domicile, mais encore pour en faire bénéficier les anormaux psychiques et les estropiés, placés comme internes dans les établissements spéciaux d'éducation.

Nous reproduisons le texte des principaux articles de cette loi :

Art. premier. — Sont supportés à concurrence de moitié par le fonds commun formé comme il est dit à l'article 17 de la présente loi :

1° les frais de l'entretien et du traitement des indigents atteints d'aliénation mentale ;

2° les frais de l'entretien et de l'éducation des enfants anormaux indigents placés dans un institut spécial pour y recevoir l'instruction ;

3° les frais de l'éducation et de l'entretien des indigents sourds-muets, aveugles ou *estropiés* atteints d'une infirmité grave et incurable, placés dans un institut spécial pour y recevoir l'instruction.

Le surplus de ces frais sera supporté à concurrence d'un quart par la province et les trois quarts restants par l'Etat.

Art. 2. — Il est institué dans chaque province une commission administrative composée de cinq membres. Deux de ces membres sont nommés par le Ministre de la Justice, deux par la députation permanente du conseil provincial, un par le collège des bourgmestres et échevins du chef-lieu de la province.

La commission donne son avis sur l'application des dispositions de l'article 1 et organise un contrôle permanent sur les conditions du maintien de l'intervention du *Fonds Commun*.

Elle vérifie par voie d'enquête et d'expertise les constatations relatives à l'état mental de l'indigent colloqué ou séquestré comme aliéné. S'il s'agit d'une enfant anormal, d'un sourd-muet, d'un aveugle, d'un estropié placé dans un institut, elle s'assure par les mêmes voies le cas échéant que l'indigent est en état de profiter de l'instruction donnée dans l'institut. Elle veille à ne pas laisser prolonger au delà du terme nécessaire à leur instruction le séjour des indigents dans les instituts.

Par *cette loi de 1920*, fut accompli le premier pas vers le développement de l'assistance médico-sociale aux enfants estropiés belges. Elle permit l'éducation et la rééducation d'un grand nombre de petits invalides, et transforma beaucoup de ces êtres, jusqu'alors à la charge de la société, en individus utiles et normaux. Mais les ressources du *Fonds Commun* étaient trop faibles pour permettre de s'occuper de tous les estropiés d'une façon efficace.

C'est la constatation de cette insuffisance qui amena le vote de la Loi du 1^{er} décembre 1928, loi dite du « *Fonds Spécial* », complétée et modifiée par l'arrêté-loi du 31 mai 1933 et par la loi du 10 juin 1937.

Voici l'article 1^{er} de cette loi :

Une allocation annuelle calculée à proportion du taux d'invalidité, sur la base de 2.250 francs pour une invalidité de 100 % (article 5, loi du 10 juin 1937) est attribuable, à charge de l'Etat, aux estropiés et mutilés, aux infirmes congénitaux, aux aveugles, aux sourds et aux muets, qui réunissent les conditions déterminées à l'article 3 de la Loi du 10 juin 1937.

Conditions à remplir :

Pour jouir du bénéfice de la loi, il faut :

1° Etre Belge et résider en Belgique;

2° Etre âgé de 14 ans au moins et de 65 ans au plus.

L'arrêté-loi du 31 mai 1933 avait fixé à 40 ans l'âge maximum ; l'article 3 de la loi du 10 juin 1937 reporte cet âge à 65 ans.

3° Se trouver dans le besoin;

4° Etre atteint d'une incapacité permanente d'au moins 30 %.

5° Accepter de se soumettre, soit dans un institut spécial ou une école professionnelle, soit chez un patron, à une éducation ou à une rééducation professionnelle conforme à ses aptitudes.

Sont exclus du bénéfice des allocations :

1° Les personnes qui bénéficient de l'allocation prévue par la loi du 24 juillet 1927, relative à la réparation des dommages causés par les maladies professionnelles;

2° Les personnes bénéficiant de la réparation de dommages résultant des accidents du travail ;

3° Les mutilés de guerre bénéficiaires, en égard aux mêmes infirmités, d'une pension d'invalidité;

4° Les personnes devenues estropiées, mutilées ou infirmes, soit volontairement, soit à la suite d'une infraction volontaire ayant entraîné contre elles une condamnation ou à un emprisonnement correctionnel;

5° Les personnes qui se livrent habituellement à la mendicité ;

6° Les personnes qui se livrent habituellement au jeu ou à la boisson et celles dont l'inconduite est notoire.

L'arrêté-loi du 14 juillet 1933 excluait également les femmes mariées, lorsque la cause de l'allocation était antérieure au mariage. Ce motif d'exclusion n'a pas été repris dans la loi du 19 juin 1937.

Suivant une autre disposition nouvelle (art. 10 de la loi du 10 juin 1937), la commission des allocations aux estropiés peut décider de *remplacer ces allocations par l'octroi d'une somme destinée à l'acquisition d'appareils de prothèse ou de locomotion et à en assurer l'entretien.*

L'achat et l'usage de l'appareil dont le coût ne peut dépasser le montant de deux années d'allocations, se font avec l'intervention et sous le contrôle du *service national de prothèse*.

La Commission peut aussi décider l'octroi d'un capital n'excédant pas le montant de trois années d'allocations pour permettre l'acquisition de l'outillage nécessaire à l'exercice d'une profession.

La commission peut cependant autoriser l'intéressé à introduire après deux ou trois années, suivant le cas, une nouvelle requête, s'il peut établir qu'il est demeuré, sans faute de sa part, dans l'impossibilité de gagner sa vie.

La loi du 10 juin 1937, comme l'arrêté-loi du 31 mai 1933, attribue une partie de l'allocation à l'institut d'éducation ou de rééducation professionnelle dans lequel le bénéficiaire de l'allocation est placé.

Règles relatives à l'état de besoin.

Les textes applicables à cet égard sont les suivants : c'est la commission spéciale instituée sous le nom de Commission des allocations aux estropiés et aux mutilés qui statue sur les demandes d'allocation des intéressés.

C'est elle qui a le pouvoir de décider si le requérant se trouve en état de besoin. Elle se base pour cela sur les règles générales établies par un avis ministériel du 18 février 1927 conçu comme suit :

1° Se trouve dans le besoin l'estropié, mutilé, etc., dont les ressources journalières ne dépassent pas 20 francs s'il vit seul — ou s'il vit en famille 27 francs pour une famille de trois personnes, 31 frs pour une famille de 4 personnes, 35 frs pour une famille de 5 personnes.

2° Dans le calcul des ressources entrent en ligne de compte : le salaire gagné par l'estropié, le mutilé, etc..., lui même, le montant entier du salaire du père et de la mère, la moitié du salaire des frères et sœurs habitant sous le même toit, enfin les autres revenus de la famille (maisons, terrains, bétails, rentes, etc).

En ce qui concerne l'éducation, le principe de l'obligation scolaire pour les estropiés est inscrit dans la loi organique de

l'enseignement primaire. Mais d'après le Dr DAM, les articles de la loi laissent trop d'échappatoires et il est indispensable que l'obligation d'instruire les enfants dans des établissements spéciaux soit prescrite par la loi.

La lacune de la loi du *Fonds Commun*, c'est d'obliger ses bénéficiaires à être internes. Or, pour des estropiés, l'internat (à moins que l'habitation soit trop éloignée, la marche empêchée, ou le milieu familial mauvais) n'est pas une solution parfaite. Lorsque le milieu familial et social est bon, c'est le meilleur milieu éducatif et moral.

La lacune de la loi du *Fonds Spécial*, c'est qu'elle ne s'applique pas aux enfants âgés de moins de 14 ans. Or un enfant, s'il est estropié dès son jeune âge, a besoin d'un secours immédiat, et pour réduire son infirmité au minimum et pour s'instruire. Sans cela, il contracte des habitudes de paresse qui plus tard peuvent constituer un obstacle sérieux à l'éducation professionnelle.

Dans le domaine de l'enseignement, le principe de l'obligation scolaire n'est pas respecté, puisqu'on s'est aperçu que 75 % des bénéficiaires de la loi de 1928 n'ont pas terminé leurs études primaires.

Ces lacunes et d'autres encore expliquent que, malgré ces lois et les sommes considérables qui sont dépensées, les résultats obtenus en Belgique, de l'avis même des intéressés, ne sont pas satisfaisants. Les bénéficiaires des allocations se contentent de les toucher sans essayer d'apprendre un métier, et les fonds dépensés ne le sont que dans un but purement charitable. C'est pour cette raison qu'en juillet 1935, il fut créé par le ministre une « *Commission de Classification des estropiés* » avec mission d'élaborer un plan de classification et de regrouper, suivant ce plan, les bénéficiaires du *Fonds Spécial*.

La statistique obtenue à la suite de ces travaux permet de mettre en évidence un certain nombre de faits.

D'abord, au point de vue médical, la plupart des estropiés bénéficiaires de la loi n'avaient pas été traités ou ne l'avaient été que de façon imparfaite. On enregistra ainsi 2.995 cas de tuberculose ostéo-articulaire avec 40 % d'invalidité.

Au point de vue social, 50 % environ des bénéficiaires des

allocations n'exerçaient aucun métier, et pourtant la grande majorité de ceux-ci était éduicable ou l'avait été; l'âge ou l'aggravation des infirmités étaient la principale cause de l'inéducabilité des intéressés.

La « *Commission de Classification* » en tira les conclusions suivantes : c'est que grâce à un dépistage précoce, à des soins adéquats et à une orientation professionnelle bien faite, il est possible d'adapter socialement un bon nombre de ces malheureux, tout en réalisant pour le pays des économies réelles, puisqu'en fin de compte, l'adaptation sociale coûte moins cher qu'une rente annuelle versée à vie.

Adoptant ce point de vue, on institua sur le champ par *Arrêté Royal* du 14 mai 1937, une « *Commission de rééducation professionnelle des estropiés et des mutilés* », composée de médecins, de juristes, de pédagogues, d'estropiés et de sociologues, chargés d'étudier la question des estropiés dans son ensemble.

Le Rapporteur de cette commission, le Docteur *Robert Sœur* de Bruxelles est arrivé à la conclusion que le problème du dépistage par les moyens de persuasion, sans déclaration obligatoire comme au Danemark ou en Prusse, ne peut aboutir à un résultat pratique que si l'on crée simultanément des centres de traitement et de rééducation.

LES ÉTABLISSEMENTS POUR LES ESTROPIÉS.

Or ces centres sont peu nombreux en Belgique. Il y a bien l'*Institut Provincial pour Estropiés à Bruxelles* (33 élèves admis en 1937), l'*Ecole Professionnelle pour Estropiés à Charleroi* (161 élèves fréquentant les cours en 1937), mais ces établissements ne reçoivent que des élèves de plus de 14 ans.

Ces établissements obtiennent d'ailleurs de très bons résultats ; nous allons décrire l'un d'eux, l'*Ecole de Charleroi*.

L'*Ecole Provinciale d'Apprentissage et Ateliers pour Estropiés, Accidentés du Travail et Invalides de la Guerre*, 31, rue de France, à Charleroi reçoit tous les estropiés remplissant les conditions suivantes :

1° Etre estropié accidentellement, mutilé de naissance ou mutilé de guerre.

2° Etre Belge.

3° Etre âgé de 13 ans au moins pour l'école, 14 ans au moins pour les ateliers.

L'école possède 2 ateliers de cordonnerie (en 1937-38, 43 élèves), un atelier de reliure (26 élèves), un atelier de vannerie (15 élèves), un atelier de confection (26 élèves), un atelier de brosserie et cannage (26 élèves), une section féminine de 25 élèves apprenant la confection de gilets et de pantalons, la couture pour dames, le tricotage, la lingerie, l'économie domestique, soit un total de 161 élèves (35 internes et 126 externes).

64 % des élèves ont entre 14 et 16 ans, 12 % entre 17 et 20 ans, 14 % entre 21 et 30 ans, 10 % de plus de 30 ans; 93 % des élèves appartiennent à la classe ouvrière, 5 % à la classe paysanne.

33 % sont des infirmes congénitaux,

41 % sont des infirmes à la suite de maladies

8 % sont des accidentés du travail

16 % sont des accidentés de la rue

2 % des invalides de guerre.

D'après une enquête faite en 1934 sur 471 élèves sortis pendant les 10 dernières années, 130 sont installés artisans chez eux, 84 sont occupés chez des patrons, 72 dans l'industrie.

Parmi les 185 autres n'ayant pu acquérir la formation professionnelle désirée : 30 n'étaient pas éducatibles professionnellement, 74 ont quitté l'école après quelques temps d'apprentissage pour exercer un métier imparfaitement appris, 81 ont quitté l'école sans donner le motif.

Dans les classes d'enseignement; on donne :

L'instruction professionnelle (pour les deux sexes).

L'instruction primaire.

On enseigne :

Le dessin géométrique et professionnel.

La langue française.

On donne enfin :

Des cours de coupe de tiges pour cordonniers et des cours de coupe pour tailleurs.

Parmi les beaux exemples de récupération obtenus par l'école, nous choisirons le suivant :

Guérison complète d'une paralysie des deux jambes.

« Le nommé R. A., né en 1909, garde, à la suite d'une maladie aiguë contractée en 1921, une paralysie complète des deux membres inférieurs. Il ne peut se déplacer qu'en se traînant sur les genoux (ceux-ci sont garnis de patins en cuir) et en s'aidant de ses mains. Les soins médicaux qui lui ont été donnés tant chez lui que dans une clinique n'ayant amené aucune amélioration, les parents de l'invale le présentent à l'Ecole des Estropiés de Charleroi, le 4 février 1924, pour y être éduqué professionnellement ».

« Le patient est examiné par les médecins et les contre-maitres ; il est décidé :

« 1° de le soumettre à un traitement qui comportera : de l'électrothérapie, de la mécanothérapie passive, massages, rééducation musculaire ;

« 2° RO... étant complètement valide des membres supérieurs sera placé dans l'un des ateliers de coordonnerie ;

« 3° L'instruction primaire de l'élève étant incomplète il suivra les cours d'instruction générale.

« *Résultat* : Sous l'influence du traitement physiothérapique, RO... A rentré dans sa commune marchant d'une façon complètement normale le 9 septembre 1924. Ayant acquis une capacité professionnelle complète, il est occupé actuellement dans une firme industrielle de sa région, gagnant le salaire normal d'un employé de sa catégorie ».

Cet exemple, cité par l'école parmi quelques autres du même genre, prouve qu'un établissement pour estropiés doit posséder à côté de ses ateliers une installation de rééducation fonctionnelle, et qu'il est possible de récupérer certains sujets considérés comme incurables, internés à vie dans des établissements pour anormaux physiques.

Pour les enfants âgés de moins de 14 ans, il y a : l'*Institut médico-pédagogique de Bierbais*, « *Mont St Guibert-Brabant* » pour garçons, et « l'*Institut Ste Elisabeth de Rixensart* » pour fillettes, tous deux dépendant de l'*Œuvre Nationale de l'En-*

fance. A la ferme-école de *Waterloo*, on compte quelques handicapés physiques.

Comme établissements religieux, on peut citer en Flandre :

L'Institut St Joseph à Zwinaerde-lez-Gand (153 élèves en 1937).

L'Institut St Joseph de Quatrecht à Wetteren-lez-Gand (114 élèves en 1937).

L'Institut St Ferdinand à Lummen (Limbourg).

L'Institut Ste Elisabeth à Wychmael.

Ces établissements acceptent les estropiés, les déficients mentaux, arriérés scolaires, et parfois les épileptiques. Les enfants y sont éduqués par les méthodes appropriées, mais en principe, ils n'y reçoivent aucun traitement orthopédique spécial. Ces Instituts sont libres. Mais les pouvoirs publics prennent à leur charge l'entretien dans ces écoles d'un assez grand nombre d'élèves.

L'Institut des Frères de la Charité à Zwinaerde reçoit les enfants à partir de 6 ans jusqu'à 21 ans. Les enfants ayant l'enseignement spécial requis sont versés dans les ateliers d'apprentissage, où ils apprennent les métiers suivants : cordonnier, imprimeur, tailleur, menuisier, jardinier. On fournit aux élèves les soins médicaux nécessaires et les appareils orthopédiques. A la sortie de l'école, les outils et les instruments de musique deviennent la propriété des estropiés ; de plus, il leur est constitué un pécule pour les aider dans le début de leur carrière.

LES ŒUVRES.

Enumérons :

Le Service des Estropiés, appartenant au Ministère de la Prévoyance Sociale.

L'Œuvre Nationale de l'Enfance.

La Société protectrice de l'Enfance Anormale.

Le Rotary-Club de Belgique.

L'Association de protection de l'Enfance Estropiée qui aide les estropiés isolés.

Enfin une association d'estropiés ; « *la Mutuelle des Estropiés du Brabant* ». Fondée en 1919, cette association accueille

également des mutilés et aveugles. Elle comptait un millier de membres en 1930, possédait sa caisse d'entr'aide (alimentée par la section des « Amis des Estropiés »), sa mutualité reconnue et subsidiée conformément à la Loi Belge, et enfin la section des « *Solidaires des Estropiés* ». Cette section a fondé un « *Ouvroir pour Infirmes et Estropiés* » situé 23, rue d'Aumale à Anderlecht. Dans cet ouvroir sont admis les estropiés dont les lésions sont telles qu'ils ne peuvent trouver à se placer. On y fait de la vannerie, de la cordonnerie, de la reliure. Mais par suite de la crise, la situation financière de cet établissement est peu brillante.

*Pays où l'assistance
en majeure partie étatisée
fait parfois appel à la contrainte*



ALLEMAGNE

HISTORIQUE.

Le plus vieil établissement allemand pour les estropiés fut « *l'Hospice pour les Difformes* » fondé en 1823 par le Dr BLOEMER à Berlin. Le nombre de ces établissements ne s'accrut pas rapidement jusqu'à la fin du 19^e siècle, puisqu'en 1880, il n'y avait que 16 instituts semblables dirigés par les médecins.

En 1841, le conservateur royal, JOHANN NEPOMUK EDLER VON KURZ, fonda un établissement dans lequel les enfants infirmes et pauvres âgés au plus de 13 à 14 ans étaient rendus indépendants au point de vue économique par l'enseignement d'un métier. Cette institution fut reprise en 1844 par l'Etat Bavarois et elle porte aujourd'hui le nom d' « *Institution d'Etat Bavaroise pour les Enfants Estropiés* ».

En 1845, les Drs CAMERER et HELLMER fondèrent à Stuttgart la *Clinique Orthopédique Paulinenhilfe* pour les infirmes sans ressources.

Le premier établissement important pour infirmes fut la *Mission Intérieure* fondée en 1889 à *Nowawes* près de Berlin par le pasteur Hopp.

Le 15 août 1904, le recteur SOMMER créa la *Société Joseph pour le soin des Estropiés*, elle donne dans plusieurs institutions, à la fois le traitement, l'instruction et l'apprentissage.

En 1906, l'*Institut Oscar-Hélène* fut fondé par BIESALSKI à *Berlin-Dalhem*. Cet institut, grâce à ce même BIESALSKI, le grand promoteur de l'assistance allemande aux estropiés, se développa comme établissement de recherches et de perfectionnement pour les soins aux infirmes en Prusse et en Allemagne. A cette même date fut effectué le grand recensement allemand des infirmes, publié par BIESALSKI dans un important

ouvrage qui fut le point de départ de toute la propagande qui suivit. L'étendue et la nature du problème y étaient fixées, ainsi que les meilleurs moyens pour le résoudre.

C'est en se basant sur le résultat de ce recensement qu'un député demanda à la Chambre des Députés de Prusse l'égalité de traitement entre les estropiés et les autres infirmes.

BIESALSKI, qui en 1903 avait créé la *Société Allemande d'Orthopédie*, réunit en 1909 toutes les associations et personnes s'occupant des soins aux estropiés dans l'*Association Allemande pour le traitement des Estropiés*. En 1910, le premier congrès de cette association demandait à nouveau l'égalité entre les estropiés et les autres infirmes en ce qui concerne le traitement. Plus récemment, en 1933, ces deux associations, la *Société Allemande d'Orthopédie* et l'*Association Allemande pour le Traitement des Estropiés* ont fusionné en un mouvement coopératif national pour combattre l'infirmité, ce mouvement étant rattaché au Ministère de l'Intérieur (Service de Santé).

Ajoutons que BIESALSKI eut le mérite de définir l'estropié d'une façon simple et saisissante : pour lui, l'estropié « est un malade qui a besoin d'un traitement orthopédique ».

LÉGISLATION

La première demande de réglementation légale de l'assistance aux estropiés fut faite par le pasteur ULRICH à la 3^e Conférence allemande des établissements pour estropiés qui se tint à Magdebourg-Cracau, le 27 février 1905. Constatant que les idiots, les épileptiques et les sourds-muets étaient soignés grâce à la loi de 1871 par l'*Association Prussienne des Pauvres*, il demanda le vote d'un texte législatif en faveur des estropiés. Les années suivantes l'Oldenbourg et la Bavière promulguèrent dans ce but des lois spéciales : *Loi des Pauvres* du 24 août 1914.

Bien que pendant la guerre, il y eut un certain ralentissement (tous les établissements pour estropiés ayant été mis à la disposition des mutilés de guerre), l'idée du secours aux estropiés se développa encore de sorte qu'en 1918, le député Hinzmann renouvela la proposition d'égalité et que le 15 oc-

tobre 1919 à Dusseldorf, SCHLOSSMANN, député, vit adopter sa proposition par la commission de Population. Le 6 mai 1920, le corps législatif prussien vota une loi qui ne s'occupait pas seulement des soins à donner aux aliénés, idiots, épileptiques, côté improductif de l'assistance mais surtout de ceux à donner aux aveugles, sourds muets et estropiés, côté productif de la loi.

Nous allons reproduire un travail du Dr MEYER de Strasbourg qui donne des explications détaillées sur cette loi capitale :

« 1° L'assistance publique provinciale (départementale) est obligée de subvenir aux frais d'hospitalisation, de traitements, et de soins à donner aux indigents, aliénés, idiots, épileptiques, sourds-muets, aveugles et estropiés en tant que leur admission est nécessaire dans des établissements appropriés. Pour les infirmes au-dessous de 18 ans l'éducation professionnelle est comprise dans ces soins.

« 2° L'assistance aux estropiés au-dessous de 18 ans dont l'état n'exige pas une hospitalisation, ainsi que les mesures aptes à prévenir les déformations, incombent à l'assistance publique des arrondissements de villes ou de campagnes. Les organes de surveillance sont autorisés dans les cas où cela serait nécessaire, à contraindre ces arrondissements à remplir leurs obligations. La nécessité d'hospitalisation d'un infirme se pose seulement quand les mesures prises par les parents ou le tuteur en vue de son éducation professionnelle et de son traitement sont insuffisantes.

« Des secours spéciaux sont donnés aux infirmes qui par suite de leur état physique ont besoin continuellement de l'aide d'une tierce personne.

« L'assistance publique provinciale n'intervient que dans les cas exigeant un traitement hospitalier; dans le cas contraire le malade est à la charge de l'assistance publique de son arrondissement. La loi assure l'hospitalisation des infirmes dans des établissements appropriés. Il faut donc faire une distinction entre les infirmes incurables chez lesquels un traitement orthopédique n'a aucun espoir de succès et ceux dont la capacité de travail serait augmentée ou complètement rétablie par un traitement spécialisé.

« 3° Le médecin qui dons l'exercice de sa profession serait
« amené à constater une infirmité chez une personne au-des-
« sous de 8 ans est obligé d'en faire la déclaration dans un
« délai d'un mois, en indiquant le nom du malade et la na-
« ture de son affection.

« Le médecin ou la sage-femme qui accouche une femme
« est tenu d'examiner le nouveau-né et de faire également la
« déclaration s'il constate une infirmité. Toute contravention
« à cette obligation de déclaration est punie par une amende
« allant jusqu'à 150 marks ou par un emprisonnement jus-
« qu'à un mois.

« 4° L'instituteur ou l'institutrice qui constaterait lors de
« l'exercice de ses fonctions des difformités chez l'un de ses
« élèves est tenu de déclarer le nom de cet élève. Le Ministre
« de la Santé Publique réglera les modalités de cette
« déclaration par voie de décret.

« La non observation de ces prescriptions peut entraîner
« des amendes jusqu'à 150 marks ou l'emprisonnement jus-
« qu'à un mois.

« 5° Les médecins ainsi que les infirmiers ou les infirmières
« ou autres organes de l'assistance publique qui dans l'exer-
« cice de leur profession seraient amenés à observer des signes
« précurseurs d'infirmité chez une personne au-dessous de 18
« ans sont obligés de les déclarer à l'autorité désignée au pa-
« ragrahe 6 de cette loi.

« 6° Les déclarations prévues par les paragraphes 3, 4, 5
« sont à adresser à l'Office compétent de la Protection de
« l'Enfance.

« 7° A la suite d'une déclaration faite en exécution des
« prescriptions du paragraphe 5, l'Office peut exiger, une fois
« ou plusieurs fois de suite, la présentation d'un certificat
« médical stipulant que toutes les mesures aptes à enrayer
« une infirmité définitive ont été prises.

« 8° Chaque arrondissement devra instituer au moins un
« dispensaire pour infirmes. A cette consultation tous les in-
« firmes, ainsi que toutes les personnes au-dessous de 18 ans,
« atteintes d'une affection pouvant entraîner une infirmité,
« auront accès.

« Le dispensaire proposera toutes les mesures qui paraîtront utiles. Ces consultations seront accessibles à tous les estropiés et non pas seulement aux indigents; ils pourront y trouver tous les renseignements nécessaires et utiles en ce qui concerne leur traitement et leur éducation.

« 9° *Définition de l'infirmité* : il y a infirmité dans le sens de cette loi, quand une personne (infirmes) à la suite d'une affection congénitale ou acquise, osseuse, articulaire, musculaire ou nerveuse ou par suite du manque partiel ou complet d'un membre, est entravée dans l'utilisation de son corps et de ses membres et cela à tel point que sa capacité de travail se trouve diminuée d'une façon considérable.

« 10° Le Ministre de la Santé Publique veille à l'application de cette loi.

« 11° La loi entre en vigueur le 1^{er} octobre 1920.

« Les infirmes qui sont en même temps atteints d'une grave affection psychique telle que crétinisme et par cela même inaptes à toute rééducation ne bénéficient pas des avantages de cette loi; ces malades peuvent être hospitalisés dans des asiles spéciaux. »

D'autres lois ont été votées dans le *Schaumburg-Lippe* en 1921, dans le *Brunschwig* en 1922, à *Brême* en 1925, en *Saxe* en 1925, en *Thuringe* en 1926.

La loi pour l'unification de l'hygiène du 3 juillet 1934 prescrit que des bureaux d'hygiène au nombre de 745 ont à mettre sur pied, dans le domaine de l'assistance aux estropiés, un plan de traitement curatif et à diriger l'action des services.

La loi du 1^{er} janvier 1923 en faveur de l'emploi des estropiés admet qu'un infirme est atteint de grande incapacité lorsque celle-ci atteint 50 %. La loi astreint les patrons qui occupent plus de 20 employés à réserver une place à un estropié atteint de grave incapacité, suivant l'étendue de l'affaire et son importance. Cette loi s'applique non seulement aux blessés de guerre et accidentés du travail, mais également à ceux ayant un défaut de naissance ou une infirmité causée par un accident ou une maladie de l'enfance.

La loi du 5 novembre 1935 réglemente les moyens de procurer du travail ainsi que de faciliter l'apprentissage. Cette tâche incombe aux bureaux du travail.

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE AUX ESTROPIÉS

Pour l'exposer, nous nous rapporterons de nouveau à un travail du Dr Marcel MEYER, auquel nous ajouterons quelques précisions obtenues par ailleurs. « Grâce à la loi du 6 mai 1920, l'Etat substitue son autorité à celle des parents dans les cas où ceux-ci, soit par négligence, soit par indigence, ne prennent pas les mesures nécessaires pour faire donner des soins appropriés à leurs enfants.

« Ces soins sont déterminés de la façon suivante :

« Dans chaque département un spécialiste (généralement le professeur d'orthopédie de la Faculté la plus proche) est chargé de la surveillance des estropiés.

« Il se rend une ou deux fois par an dans chaque chef-lieu d'arrondissement. A cette visite, sont convoqués tous les estropiés qui figurent sur des listes spéciales établies et tenues à jour par le médecin d'arrondissement. Tous les médecins intéressés sont invités à assister à la consultation. D'accord avec eux, le spécialiste fixe les mesures thérapeutiques à prendre pour les nouveaux cas qui se présentent. Il contrôle les résultats obtenus par les traitements antérieurs. Ce point est très important; les traitements orthopédiques étant généralement de longue haleine, il importe de connaître les résultats éloignés de certaines interventions; il importe également de prévenir à temps les récurrences toujours possibles. A notre avis c'est précisément ce contrôle permanent des malades qui donne les meilleurs résultats au point de vue social. Le spécialiste contrôle également l'appareillage des malades, indique les changements éventuels et ordonne son renouvellement si c'est nécessaire.

« Inutile de dire que « *L'Office des Soins à donner aux Estropiés* » (Krüppelfürsorgeamt) a vite gagné la confiance du public et des médecins.

« Jamais on n'a été contraint d'appliquer les mesures de coercition prévues par la loi.

« Les médecins, instituteurs, sages-femmes, infirmiers et infirmières, reconnaissant sa grande portée sociale, mirent

« le plus grand dévouement à l'accomplissement de leur tâche
« à ce sujet.

« Les cas heureux de guérison complète ou d'amélioration
« très nette de nombreux infirmes ont fait que les Offices ont
« prospéré avec une rapidité remarquable.

« Les parents y amènent, pleins de confiance et d'espoir,
« leurs enfants. L'Office n'étant qu'un lieu de consultation
« et ne donnant aucun traitement a vite connu également un
« grand succès auprès des médecins praticiens qui viennent
« discuter le traitement de chaque cas avec leur confrère
« spécialisé. De cette façon, les hospitalisations ne sont sou-
« vent que de courte durée, le praticien conseillé par le spé-
« cialiste pouvant dans la plupart des cas assurer le traite-
« ment intercurrent.

« Les communes et l'assistance publique voient également
« leur intérêt dans l'application stricte de la loi. Alors que les
« frais de traitement et de rééducation sont minimes et de
« courte durée, les charges que constituent pour une com-
« mune l'entretien et la subsistance des estropiés nécessiteux
« sont écrasantes, surtout si l'on considère que la durée du
« traitement et de la rééducation ne dépasse généralement pas
« deux ou trois ans et que l'assistance aux infirmes non trai-
« tés s'étend à toute leur existence.

« L'Office a également pu lutter efficacement contre l'ex-
« ploitation systématique et organisée des malades par des
« charlatans qui, accompagnés de pseudo-infirmières, par-
« courant chaque village, cherchaient à vendre des appareils
« ou des médicaments dont le prix élevé n'était égalé que
« par leur inutilité thérapeutique. Et le fait que les seules
« plaintes concernant le fonctionnement de la loi émanaient
« précisément de ces milieux commerciaux exploitant la mi-
« sère humaine ne peut que plaider en sa faveur. »

Ajoutons que les estropiés antérieurement traités dans des établissements sont régulièrement examinés dans les consultations dont nous venons de parler jusqu'à ce qu'ils puissent gagner leur vie et qu'une aggravation de leur cas ne soit plus à craindre.

Il y a ainsi que nous l'avons déjà dit, 745 bureaux de santé chargés de coordonner les efforts. *A la fin de 1935, il y avait*

650 *offices d'assistance aux estropiés s'occupant de 126.803 estropiés au-dessous de 18 ans.*

PROPAGANDE

D'après le Professeur Lothar KREUZ, directeur de la « Orthopädischen Universitätsklinik der Charité » et du « Oscar-Helene-Heim », c'est l'Etat et les sections du Parti qui sont chargés de la propagande pour instruire les parents des symptômes et de l'importance du danger que courent leurs enfants. La direction des médecins du Reich transmet aux sections du parti les connaissances nécessaires au médecin praticien et cela par des cours de perfectionnement. Des cours organisés par la N. S. *Frauenschaft, Volkowohlfahrt* répandent la connaissance et le sens de l'importance de ces maux dans de très larges couches du peuple. De même quant aux frais de cette assistance, lorsque la prise en charge ne peut être faite assez rapidement pour quelque raison matérielle, le parti couvre les frais en attendant que l'Etat en décide.

Nous ne croyons pas inutile de rapporter la conception allemande sur l'assistance aux estropiés, toujours d'après le Professeur KREUZ : « C'est seulement en donnant à l'estropié la « capacité totale de gagner sa vie que des dépenses des pouvoirs publics pour le traitement de l'enfant atteignent tout « leur rendement. Economiquement, l'estropié devenu capable de gagner sa vie rend par son travail sous forme d'impôts les dépenses qu'on a faites pour lui. Du point de vue « de la race, l'estropié devenu capable de gagner sa vie et « héréditairement sain, est un appoint précieux pour la communauté populaire. Ses revenus lui permettent de fonder « une famille. L'Etat reçoit par lui une génération nouvelle « héréditairement saine qui ne serait pas née si des mesures « légales n'avaient créé des conditions favorables pour rendre « l'estropié apte à gagner sa vie et capable de fonder une famille... *Nous tenons le diagnostic précoce des infirmités de « naissance du nourrisson et celui de la tuberculose ostéo-articulaire de l'enfant pour aussi importants au point de « vue économique et de la santé du peuple que le diagnostic « précoce du cancer chez les adultes ».*

ETABLISSEMENTS POUR ESTROPIÉS

L'Etat a créé des établissements officiels pour le traitement précoce des infirmités existantes ou menaçantes, pour l'appareillage, pour l'instruction et l'apprentissage.

Suivant les directives explicatives fournies par *la loi Prussienne du 6 mai 1920*, un asile d'estropiés est un établissement dans lequel l'infirmes doit être porté au plus haut degré d'indépendance économique par coopération simultanée de la thérapeutique, de l'école, de l'apprentissage et de l'orientation professionnelle ».

Les établissements organisés dans ce but sont appelés : *Asiles d'infirmités du 1^{er} degré* (Volkrüppelheime). Les autres établissements négligent l'instruction et l'apprentissage et s'occupent seulement des traitements orthopédiques les plus essentiels (massage, mécanothérapie, physiothérapie, appareils de prothèse) pendant que, dans d'autres établissements, le traitement orthopédique tient la première place; seuls les malades dont le séjour doit être prolongé (tuberculose des os, infirmités sévères) reçoivent l'éducation et l'apprentissage.

En Allemagne (y compris l'Autriche) il y a 94 établissements dont 20 interconfessionnels, 28 de la *Mission Intérieure*, 25 de la *Ligue Caritas*, 4 de la *Croix-Rouge Allemande*, 17 d'états, de province et de communes; parmi eux, 12 instituts d'Université.

Les frais du traitement incombent :

1° A ceux qui sont chargés d'élever l'enfant (père, tuteur) s'ils sont en état de supporter les frais, et à défaut de toute personne tenue de les supporter.

2° A l'assureur (assurance-maladie familiale) si l'estropié son père ou sa mère sont assurés et s'il s'agit d'une maladie prévue dans la police d'assurance.

3° A l'office provincial d'assistance, s'il s'agit de l'enfant d'un assuré atteint de tuberculose osseuse ou articulaire, ou de rachitisme, et si, par le traitement, une infirmité imminente est évitée.

4° A l'Association d'assistance pour l'hospitalisation ou l'assistance d'arrondissement pour le traitement à domicile,

s'il n'y a pas de responsable à qui incombent les frais et s'il y a indigence. Cette notion d'indigence, en raison des frais souvent très élevés d'une cure, est interprétée avec la plus grande largeur d'esprit.

Dans la lutte contre l'infirmité, les associations d'assistance allemandes ont dépensé en 1935, 10 millions de R. M.

C'est l'assistance publique régionale et d'arrondissement qui supporte la plus grande partie de ces frais.

Les établissements comptent en tout 11.000 lits, soit environ le dixième du nombre des estropiés.

Les résultats obtenus sont intéressants; par exemple, sur 190 estropiés soignés et instruits dans un établissement de Haute-Silésie, 138 gagnent leur vie et 22 rendent des services chez leurs parents, 30 seulement sont soutenus par l'assistance. D'ailleurs, parmi ces derniers, il faut estimer d'après la statistique, qu'une partie a trouvé à s'occuper actuellement.

QUELQUES CHIFFRES

En 1906, d'après la statistique de *Biesalski*, il y avait en Prusse, 34 établissements pour les infirmes avec 2.814 lits et 42.249 infirmes avaient besoin de traitement. Dans toute l'Allemagne, il y avait 110.000 estropiés de moins de 14 ans. Dans les 10 années qui suivirent, l'*Union Interconfessionnelle pour les infirmes*, la *Mission Intérieure* et *Caritas* fondèrent 33 nouvelles maisons pour les estropiés. C'est en 1922 seulement que sur la proposition de *Biesalski*, la Province de Brandebourg organisa le dépistage des estropiés. Dans cette province, il y avait en 1924, 27 dispensaires de dépistage examinant 1.162 estropiés. En 1930, il y en avait 89 avec 4.542 estropiés. Puis il y eut un fléchissement et en 1933, il n'y avait plus que 74 dispensaires de dépistage avec 3.853 estropiés. Ce fléchissement serait dû à ce que tout les estropiés qui n'avaient jamais été soigné ont, jusqu'en 1933, augmenté le nombre total des estropiés en traitement, alors qu'après cette date, il n'a plus été soigné que des estropiés jeunes.

Ainsi en 1924-25, 45 % des estropiés soignés dans les établissements de Brandebourg étaient âgés de moins de 5 ans; or, ce pourcentage a monté à 59 % en 1926-30. Autrefois les affections de naissance, tels les pieds-bots et les luxations de

la hanche étaient prises à l'âge scolaire; c'est maintenant l'exception, car elles sont soignées beaucoup plus précocement.

Donnons à présent la comparaison des chiffres de Biesalski de 1906 et ceux d'une statistique officielle de 1925-26.

En 1906, il y avait en Prusse 12.632.437 habitants.

En 1925-26, il y avait 13.799.502 habitants.

MALADIES	1906 ESTROPIÉS de moins de 15 ans	1926 ESTROPIÉS de moins de 20 ans	DIFFÉRENCE en + ou en —
Rachitisme	13.638	5.778	— 61,2 %
Tuberculose ostéo articu- laire.....	7.093	6.392	— 17,5 %
Manque d'un membre ou d'une partie d'un mem- bre.....	3.481	2.666	— 29,9 %
Ostéomyélite	1.457	680	— 57,2 %
Paralysies	9.290	13.315	+ 15,5 %

Ainsi le nombre des paralysies a été le seul à avoir augmenté.

Cela tient pour une bonne part à l'augmentation du nombre des cas de poliomyélite.

En 1925-26, il y avait dans le Reich (moins la Sarre et le Wurtemberg, 18.939 infirmes graves et 3.547 infirmes légers à la suite de poliomyélites. Dans 85 % des cas, l'infirmité s'était produite avant 5 ans.

De 1925 à 1929, sur 14.709 estropiés examinés par Valentin, médecin provincial des estropiés de Hanovre, 1.532 soit 10,4 % l'étaient par suite de poliomyélites.

QUELQUES ETABLISSEMENTS ALLEMANDS D'ASSISTANCE AUX ESTROPIÉS

Nous allons donner la description du plus important d'entre eux, l'Oscar-Hélène de Berlin-Dalhem, tel qu'il a été dé-

crit par le Dr DAM, de Bruxelles. « Situé à la campagne dans
« une région boisée, il dissémine ses pavillons parmi les ar-
« bres où les pins dominent. Il y a là des classes froebeli-
« nes, des classes primaires, des ateliers. Dans les classes pri-
« maires (6 années) comme dans les classes froebeliennes,
« garçons et filles sont éduqués ensemble. L'aspect de ces
« classes est tout spécial. Pas de bancs, pupitres, d'immobi-
« lité des enfants. Des tables, des chaises de hauteur diverses,
« des sièges spéciaux permettant aux enfants immobilisés
« dans des appareils plâtrés de s'asseoir, de hauts pupitres,
« des chaises longues. Et dans ce décor une activité étonnan-
« te. C'est de la vie qui circule, du mouvement; les enfants
« vont, viennent; ils travaillent de leurs mains; travaux de
« cartonnage, de modelage, de dessin... Les leçons même ont
« une base motrice; tout est prétexte à manipulation. Des
« équipes sont formées; l'une d'elles fait le montage en « mec-
« cano » et en cartons peints d'une grande maison de poupées
« dont tout le mobilier aura été fabriqué par les élèves.

« C'est profondément émouvant... Et pourtant l'activité est
« si grande, l'adresse qui s'est développée est telle que l'on ne
« peut parfois croire que ce sont les estropiés qui travaillent :
« les lésions, les difformités sont comme cachées par le mou-
« vement, par l'activité des enfants. L'on ne peut s'empêcher
« d'être ému ! Emotion toute pleine d'optimisme, empreinte
« d'espoir et de foi !

« Les métiers enseignés sont les suivants : pour les jeunes
« gens, tailleur, cordonnerie, sellerie, maroquinerie; menuise-
« rie, tricotage à la machine, orthopédie, vannerie, cannage
« de chaises, lithographie, dessin, comptabilité; pour les jeu-
« nes filles passementerie, couture, tricotage, tissage, vanne-
« rie et cannage de chaises, travaux ménagers.

« Il existe une clinique complète avec deux salles d'opéra-
« tions, laboratoires de radiologie, de recherches cliniques,
« salles de gymnastique, mécano-thérapie, physiothérapie
« complète; la pratique des bains de soleil y est courante.
« Une consultation externe y est annexée.

« L'établissement ne reçoit que des élèves internes. Il en
« est de même dans tous les instituts allemands. Il possède
« 300 lits.

« C'est un établissement modèle où l'on sent toute l'influence du Professeur Biesalski qui fut le véritable fondateur de cet établissement absolument remarquable à tous les points de vue.

« Pour être complet, je dois signaler l'*Institut de Vollmars-tein* (Prusse Rhénane) qui comporte une section pour enfants et jeunes gens des deux sexes (organisée comme l'institut de Berlin-Dalhem), une section de rééducation pour les victimes d'accidents du travail, une section pour invalides de guerre. Cet important et peut-être unique établissement est placé sous la direction d'un pasteur. »

Il existe, en Allemagne des écoles orthopédiques, appelées écoles ambulantes, par exemple l'école de *Breslau*. On peut lire sa description dans les rapports du Congrès de Budapest.

En annexant l'Autriche, l'Allemagne a annexé aussi au moins deux établissements pour estropiés de grosse importance : une école orthopédique et un hôpital orthopédique tous deux situés à *Vienne*. Donnons quelques précisions sur cet hôpital. Il avait été ouvert à Vienne en janvier 1915 pour les blessés de guerre; il comprenait 3.600 lits; dans ses ateliers de prothèse, 700 personnes étaient occupés et 32 écoles professionnelles y étaient annexés.

Après la guerre, on constata qu'il y avait à Vienne 2.100 cas de difformités graves d'âge scolaire et préscolaire (soit 1 % de la population). On transforma alors l'hôpital militaire en hôpital orthopédique civil avec des sections annexes pour les enfants estropiés masculins et féminins. On garda seulement le bâtiment central avec 400 lits. On installa en plus une école de 5 classes où l'on instruit les enfants qui doivent séjourner à l'hôpital ou qui ne peuvent fréquenter les écoles ordinaires.

L'après-midi, 300 malades externes viennent de tous les points de la ville faire de la gymnastique orthopédique. Dans les anciennes écoles d'invalides de guerre, des jeunes gens de 14 à 18 ans apprennent un métier; ils sont surveillés et soignés. Après leur temps d'apprentissage, ils passent l'examen de compagnon, mais restent à l'asile jusqu'à ce qu'ils puissent eux-mêmes gagner leur pain.

Un asile semblable pour les jeunes filles leur apprend la lin-

gerie, la couture et divers autres travaux manuels pour leur faire passer finalement un examen, avant qu'elles obtiennent une place.

Tous les ans on donne à l'hôpital plusieurs cours aux infirmières, sœurs, et instituteurs afin de leur apprendre les principes fondamentaux permettant d'éviter les malformations et de leur indiquer où envoyer les enfants estropiés.

DANEMARK

HISTORIQUE

En 1872, le pasteur danois HANS KNUDSEN aperçut une misérable fillette boîteuse et amaigrie, mendiant dans les rues de Copenhague. *Il pensa alors que pour aider cette catégorie de malheureux, il fallait, en premier lieu, essayer des ressources de l'art médical pour diminuer cette impotence physique; puis intervenir ensuite par des mesures pédagogiques et sociales.* Pour réaliser cette idée nouvelle, il fonda une institution d'estropiés à Copenhague ; cette institution « Samfundet og Hjemmet for Vanfore » (*Communauté et foyer pour estropiés*) est maintenant une œuvre imposante et moderne, dotée de tous les perfectionnements, et dont l'importance nécessite l'emploi d'un personnel de 600 personnes environ. Mais le plus intéressant, c'est que cette idée simple et géniale de KNUDSEN fut à l'origine de tout le mouvement en faveur des estropiés dans les pays scandinaves.

Avant d'étudier en détail les réalisations danoises, soulignons les conditions favorables que présente cet état pour la réussite d'une réforme sociale.

Le Danemark, dont la superficie est de 42.931 km² et la population de 3.800.000 habitants, avec deux grandes villes, Copenhague (800.000 habitants) et Aarhus (100.000) est un pays de petites distances à peu près uniformément plat, et de température égale dans toute son étendue. Les conditions industrielles et commerciales sont pratiquement les mêmes dans tout le pays et il n'y a pas de différences notables dans les niveaux de culture des différentes classes de la nation. En somme, le Danemark est un pays homogène et cette homogénéité s'est reflétée dans sa législation, appelée la *Réforme Sociale*.

L'institution, fondée par le professeur KNUDSEN, prit régulièrement de l'importance, mais garda son caractère d'établissement privé, avec tous les avantages et désavantages que cela comporte. Mais au Danemark, bien que l'Etat fournit d'importantes subventions annuelles, les désavantages l'emportèrent et parurent de plus en plus évidents. En effet, malgré tous les efforts d'activité et de propagande en faveur de la cause des estropiés, et en dépit de l'aide de nombreux volontaires privés, les résultats étaient décevants. Pour les Danois, il apparut que ce manque d'efficacité était dû à ce que la bienfaisance privée ne pouvait pas obliger les estropiés à se faire traiter et c'est pour cette raison que, très facilement d'ailleurs, ils s'orientèrent vers l'intervention de l'Etat.

Le premier pas dans ce sens fut accompli en 1930. C'est à cette date que fut créée une commission gouvernementale pour rédiger les textes de lois en faveur de l'enfance estropiée. Les membres de cette commission comprenaient un certain nombre de représentants de l'*Association Danoise pour le Traitement des Estropiés* et des organisations propres aux estropiés.

Cette commission s'occupa principalement d'obtenir des emplois suivis, et les mieux adaptés possibles, aux estropiés et aux autres diminués physiques (hommes ou femmes). Voici, à ce sujet, un extrait du rapport du 28 août 1930 :

« Le problème de l'emploi des estropiés et des diminués physiques peut être brièvement défini ainsi: il consiste à trouver pour chaque cas particulier la sphère dans laquelle sa déficience physique n'a pas ou pratiquement pas de conséquences, à se servir de tous les moyens possibles pour rendre l'estropié productif à l'intérieur de cette sphère ainsi délimitée, et enfin à trouver des places où l'habileté de l'infirme puisse être utilisée à 100 %, c'est-à-dire où l'infirme, dans l'exécution de son travail, soit capable de montrer que sa déficience n'est pas un obstacle, et puisse ainsi acquérir un gain normal ».

Pour obtenir ce résultat, ajoute la commission, il est nécessaire que tous les estropiés soient soumis au meilleur traitement médical qu'il soit possible de leur donner, reçoivent l'éducation, l'apprentissage et, en un mot, qu'ils soient rendus aptes à se débrouiller eux-mêmes.

LÉGISLATION

Les autres principes édictés par la commission, en matière d'apprentissage et de placement, furent rassemblés avec ceux que nous venons d'énumérer, et une fois approuvés par le ministre, introduits dans les *lois de Réforme Sociale* de 1933.

Cette *Réforme Sociale* fut, en partie, une codification d'une législation sociale déjà existante auparavant mais inégale, en partie l'introduction de nouveaux et importants principes. Un de ces derniers fut celui de la nécessité de mesures préventives et il peut être ainsi défini : « *Il ne faut pas seulement aider pour aider, mais on doit prévenir un besoin futur de secours* ».

Les quatre lois sociales, constituant la *Réforme Sociale*, furent votées le 20 mai 1933 et entrèrent en vigueur le 1^{er} octobre de la même année.

Leurs titres sont :

La Loi pour le Bien-Etre Public,
La Loi d'Assurance Nationale,
La Loi de Dédommagement des Travailleurs,
La Loi de Compensation sur le Travail et le Chômage.

En dehors du principe de la nécessité des mesures préventives, il y a d'autres postulats contenus dans ces lois. Il faut les étudier à la lumière de cette simple phrase : « *Le législateur a cherché à substituer, dans la plus grande mesure possible, au principe d'aumône le principe de droit* ».

L'aide publique ne doit donc pas dépendre du jugement plus ou moins bienveillant des autorités, mais doit faire l'objet d'une revendication de droit; ce droit existe si certaines conditions matérielles sont remplies.

Il faut encore signaler que la *Réforme Sociale* a introduit le principe d'une grande assurance populaire (qui englobe toute la population et pas seulement les travailleurs). Tous doivent être membres de cette assurance qui comprend l'invalidité, la maladie et la vieillesse. Dans les cas d'invalidité, c'est-à-dire lors de l'apparition d'une incapacité professionnelle d'un tiers et plus, une rente d'invalidité est payée qui, différant d'après le sexe, l'habitation ou le nombre des enfants, a une valeur d'au moins 100 frs par mois.

LE PRINCIPE DE LA NÉCESSITÉ DE MESURES PRÉVENTIVES

Un des nouveaux principes est donc celui de la nécessité des mesures préventives. Que signifie-t-il dans le cadre de l'Assistance aux estropiés ?

Il signifie que tous les estropiés doivent bénéficier des mesures législatives, de façon que le traitement puisse être entrepris le plus tôt possible après l'apparition de l'affection, suivant les meilleurs principes et sans difficultés d'ordre économique. Quiconque connaît un peu l'évolution de la bienfaisance en faveur des estropiés et est renseigné sur son extension dans le monde entier, saisit le changement décisif contenu dans les mots suivants : « Tous les estropiés — aussi vite que possible — mesures appropriées — sans difficultés d'ordre économique ».

LE DEVOIR DE DÉCLARER L'INFIRMITÉ

Pour englober tous les estropiés dans ce système, la *Réforme Sociale* a introduit un devoir de déclaration de « l'estropiement » ou plus exactement un devoir de déclaration de l'infirmité, car ce n'est pas seulement « l'estropiement », mais aussi toute infirmité qui est comprise dans ce devoir de déclaration. Toutes les infirmités doivent être déclarées par les médecins (hôpitaux, etc.), dans leur pratique médicale chez les gens en dessous de 30 ans, et à l'école entre 7 et 14 ans. Toute personne a le droit de se déclarer infirme si elle juge qu'elle mérite cet épithète.

Cette déclaration doit se faire également quand, dans un temps plus ou moins rapproché, une incapacité professionnelle importante et non provisoire risque d'apparaître : dans ce cas, des mesures médicales sont prises, et des bandages (ou appareils de prothèse) sont employés; dans le cas où une incapacité professionnelle est déjà apparue, mais peut être sérieusement diminuée par les mesures en question, la déclaration doit être également faite. La limite inférieure de la déclaration est donc une incapacité professionnelle sérieuse et durable ; cette limite est placée si bas que même de menus cas d'invalidité doivent être déclarés.

Il y a également une disposition complémentaire sur le de-

voir de déclaration des estropiés et des autres infirmes par les autorités communales. Chaque fois qu'une commune reçoit, de la part d'un estropié, une demande d'assistance, elle doit déclarer le cas; elle doit agir de même chaque fois qu'elle le juge utile, même si l'estropié ne demande rien. On englobe sous le nom d'estropiés, les personnes répondant à la définition donnée par la loi; nous avons reproduit cette définition dans notre chapitre de généralités et nous n'y reviendrons pas.

Toutes les déclarations parviennent à une institution d'Etat: *le Tribunal des Assurances contre les Invalidités*.

Ce tribunal vérifie si chaque cas déclaré est soumis au traitement médical; on examine ainsi tous les estropiés qui se trouvent dans la zone d'un hôpital orthopédique. Mais cet examen ne se fait pas seulement au moment de la déclaration; il se renouvelle d'année en année jusqu'au moment où traitement, prothèse, instruction, formation professionnelle ne sont plus indiquées. Le Danemark étant le pays des petites distances, il est pratiquement impossible qu'une personne déclarée soit oubliée par l'Etat.

Lorsque l'examen montre que l'estropié est placé dans les meilleures conditions possibles, c'est-à-dire qu'il est en état de se soigner, qu'il se soigne intelligemment, sans négliger son instruction, on ne s'occupera plus de lui que pour le surveiller.

Par contre, si le résultat de l'examen prouve que ces conditions ne sont plus réalisées, *le Tribunal des Assurances contre les Invalidités intervient* et prête son assistance. Dans le cas le plus simple, cette assistance comporte simplement des conseils et des directives; d'autres fois, elle comportera une aide économique. Ainsi, le tribunal peut donner l'argent nécessaire au traitement, à la fourniture de prothèses, à l'éducation des enfants et jeunes gens âgés de moins de 18 ans (sans tenir compte des conditions d'existence des parents) et de la plupart des personnes dépassant cette limite d'âge. Pour les personnes de plus de 18 ans, qui ne peuvent recevoir du tribunal une aide financière, ce qui est rare, d'autres secours sont réservés, de sorte que ces personnes bénéficient, elles aussi, de l'aide économique dont elles ont besoin.

Le Tribunal d'Assurance contre les Invalidités ne dispose pas, en propre, d'instituts de traitements et d'écoles spéciales: il confie ses estropiés aux œuvres privées.

LE TRAITEMENT OBLIGATOIRE

Comme nous l'avons dit, l'estropié demandant un secours est considéré par la loi danoise comme ne réclamant que son dû; mais à ce droit des estropiés correspond un certain droit de l'Etat qui veut que l'aide fournie soit utilisée, c'est-à-dire que l'estropié se soumette au traitement médical approprié, à l'application de prothèses, à l'éducation, à la formation professionnelle, etc.

Au cas où l'estropié refuse de se soumettre à cette obligation, le *Tribunal des Assurances contre les Invalidités* a différents moyens de pression à sa disposition.

On emploie d'abord ceux de persuasion, en cherchant à le convaincre qu'il sera plus intelligent, pour son propre avantage et celui de la société, de suivre les conseils donnés et d'utiliser l'aide offerte, et dans ce but on se met en rapport avec ceux qui ont quelque influence sur lui. On cherche aussi à gagner l'aide des personnes qui lui sont proches; de même on charge le médecin et l'administration communale de s'efforcer de le convaincre.

Si ce moyen ne réussit pas, on en emploie d'autres.

Dans le cas d'un enfant qui ne désire pas être traité ou instruit, il y a de fortes présomptions pour que cette attitude lui soit dictée par ses parents, et dans ce cas, la Réforme Sociale décide que la contrainte est possible conformément aux dispositions générales de la législation sur les estropiés. Si c'est nécessaire, l'enfant peut être éloigné de son foyer; de plus, on peut retirer aux parents leur puissance paternelle.

Il faut ajouter que le cas où l'estropié (ou plutôt ses proches) refusent d'accepter le traitement convenable ne se présente pas souvent, et, dans la plupart des cas, la résistance cesse si l'on donne de plus amples explications sur les résultats que l'on peut attendre de la thérapeutique projetée.

Dans quelques cas, la résistance se maintient malgré toutes les explications et l'on peut généralement la vaincre en intervenant conformément aux dispositions de la législation sur l'enfance estropiée.

Il reste encore quelques cas exceptionnels où la résistance se maintient toujours et où elle paraît tout à fait insensée en présence du cas existant. Ce n'est que dans ces cas que les dispositions légales sont appliquées dans toute leur rigueur.

Quand il s'agit d'un adulte qui aura prochainement droit à l'assistance d'invalidité, le tribunal a le droit de le priver de cette pension s'il ne se soumet pas au traitement.

LES HÔPITAUX ORTHOPÉDIQUES DANOIS

La Société « *Communauté et Foyer pour les Estropiés* » possède deux hôpitaux orthopédiques : l'un à Copenhague et l'autre à Aarhus, qui reçoivent environ 10.000 à 12.000 patients par an.

L'hôpital de *Copenhague* est dirigé par un conseil, dont la moitié des membres est appointée par le gouvernement. A côté de cet hôpital, se trouvent d'autres bâtiments : maison pour estropiés avec écoles et ateliers d'apprentissage, tous appartenant à la Société « *Communauté et Foyer pour les Estropiés* ».

L'hôpital a à sa tête un chirurgien en chef, le reste de l'administration est confiée à une directrice, et pour l'institution entière à un directeur-administrateur.

Cet hôpital a été ouvert en septembre 1935 et reçoit des malades du *Tribunal des Assurances contre les Invalidités*, ainsi que d'autres institutions sociales, de sociétés d'assurances privées, enfin des malades individuels.

Le triage de tous ces patients, soit qu'on les place à l'hôpital, soit qu'on les considère comme malades externes, soit qu'on leur fournisse simplement prothèses ou apprentissage se fait à « l'*Ambulatorium* ». Ce lieu de triage voit annuellement de 7 à 8.000 nouveaux patients et donne environ 20.000 consultations. Si le traitement hospitalier est nécessaire, le patient est envoyé à l'hôpital qui a 175 lits. Si le patient a besoin de prothèse et qu'il demeure trop loin pour venir l'essayer, on le garde dans une section spéciale qui ressemble plus à un internat qu'à un hôpital, et qui possède 50 lits.

On trouve, en plus des salles où l'on applique massage, gymnastique, traitements électriques, une salle avec piscine, et enfin, adjoint à l'hôpital, un atelier pour la confection des appareils orthopédiques, atelier qui peut être contrôlé par le chirurgien.

L'école élémentaire reçoit environ 80 enfants de 6 à 15 ans.

La formation professionnelle est donnée aux jeunes gens et jeunes filles, au nombre de 175, sans compter ceux qui travail-

lent chez des maîtres particuliers. On leur apprend la sculpture sur bois, ainsi que les métiers de relieur, vitrier, brossier, peintre, tailleur, tapissier, sellier, rembourreur ; aux filles : couturière, modiste, blanchisseuse.

Il y a également une école de commerce et de travaux de bureau. Les élèves sont formés jusqu'à ce qu'ils soient capables de subir les examens exigés par l'Etat.

La même société possède un orphelinat et une maison de convalescence et de repos au bord de la mer.

NORVEGE

HISTORIQUE

Le premier pas vers l'organisation du secours aux estropiés en Norvège fut la fondation, à Oslo, en 1892, d'une école professionnelle. Cette école qui était au début très modeste, s'est développée jusqu'à devenir la grande institution moderne « *Sophies Minde* » que nous décrivons à la fin de ce chapitre. La fondation de cette institution est due aux deux sœurs AGNÈS et ANNA FLEISCHER pour une part, à l'aide de l'Etat pour la plus grande partie.

Un des progrès les plus décisifs dans l'effort pour organiser l'œuvre en faveur des estropiés fut la fondation, en 1916, d'une « ADMINISTRATION CENTRALE POUR LES INVALIDES DES MEMBRES ». Cette *Administration Centrale* se compose de trois membres : un représentant du Service Sanitaire de l'Armée, un représentant de la Caisse Nationale d'Assurances Sociales et un représentant des sociétés privées pour l'œuvre de secours aux invalides. Les membres sont nommés par le Ministère des Affaires Sociales, dont ils dépendent. Son but est, en collaboration avec les différentes institutions privées et officielles, d'organiser et de diriger les secours aux invalides en Norvège, ainsi que de distribuer des bourses de l'Etat aux infirmes en vue d'une instruction théorique en dehors des écoles pour estropiés.

L'*Administration Centrale* se rendant compte que dans toutes les villes et communes du pays existaient des estropiés à la charge de leur famille ou de leur commune, et qui auraient pu, si on les avait soumis à un traitement médical et à une rééducation appropriée, gagner leur vie honorablement, s'est adressée à toutes les communes du pays pour élire des *Comités communaux*.

La proposition de l'*Administration Centrale* a été approuvée

par les autorités, et des Comités ont été créés dans presque toutes les communes. Les Comités communaux se composent de trois membres, dont l'un doit être médecin. La charge est volontaire et gratuite. Le but de ces Comités est de dépister les estropiés, de les soumettre à un traitement médical et à une rééducation appropriée, de leur procurer une occupation et de contrôler la distribution des bourses. Ces Comités communaux doivent être continuellement en rapport avec l'Administration Centrale, qui leur donne des conseils et des renseignements sur tout ce qui concerne le traitement médical, la rééducation professionnelle, etc., etc.

L'Administration Centrale s'est vite aperçue qu'il était nécessaire d'obtenir des décrets assurant aux invalides indigents le traitement et la rééducation. Sur son initiative, un Comité fut créé en 1922 en vue de discuter la question d'une loi sur le secours aux estropiés en Norvège. C'est surtout sur les quatre points suivants que se portèrent les efforts du Comité :

1°) De quelle manière et jusqu'à quelle limite doit être accordé aux invalides le droit d'exiger un traitement et une rééducation aux frais des communes et de l'Etat;

2°) De quelle façon, le cas échéant, doit être réalisée à cet égard la tâche des communes et de l'Etat, et à l'aide de quels établissements, cliniques, institutions, etc.;

3°) Le mode de paiement des frais, et en quelle proportion les communes et l'Etat doivent y prendre part;

4°) Le droit des invalides à une instruction correspondante à celle donnée dans les écoles communales, lorsque cette instruction n'a pu être donnée dans les écoles ordinaires pour cause d'invalidité.

Le projet de loi sur l'assistance aux estropiés se trouvait terminé en 1924. En raison de la situation économique assez difficile à cette époque en Norvège, la loi ne fut pas votée.

Le 1^{er} juillet 1933, *l'Administration Centrale* ouvrit un bureau de renseignements. Ce bureau se fit et se fait encore envoyer des rapports par différentes institutions, tel que le Ministère des Affaires Sociales, le Ministère du Culte, la Croix-Rouge, ainsi que par tous les Comités communaux, afin d'obtenir des précisions sur les 10.000 invalides environ qui se trouvent dans le pays (un recensement en 1920 a montré qu'il

y avait environ 9.000 infirmes des membres, âgés de moins de 65 ans, la population de la Norvège étant de 3 millions d'habitants).

Les rapports qui doivent donner tous les renseignements concernant l'état de santé et la situation sociale de l'individu sont enregistrés au bureau de renseignements de l'*Administration Centrale*.

De cette manière, le bureau obtient un exposé complet sur tous les infirmes des membres du pays et peut se mettre en rapport avec ceux qui ont besoin de secours. Le registre est appelé à servir de statistique sur les résultats obtenus dans le traitement des estropiés.

En 1934, on s'occupa de nouveau de la législation en faveur des estropiés, et au mois de mars 1936, la proposition de loi fut soumise au *Storting* (Assemblée Nationale) et adoptée le 16 juin 1936. Elle entra en vigueur le 1^{er} juillet 1937.

LÉGISLATION

La loi sur les invalides de 1936 suit dans ses grandes lignes le projet de 1924. La loi contient 16 paragraphes et traite des sept points suivants :

1. — *Sur l'administration.*

L'*Administration Centrale* pour les invalides des membres continuera à être sous la dépendance du Ministère des Affaires Sociales et les membres en seront nommés par lui. L'*Administration Centrale* doit contrôler les secours officiels aux invalides dans le pays entier, aider à l'exécution des paragraphes de la loi et enfin conseiller les autorités locales et les entreprises privées dans toutes les questions concernant le traitement et la rééducation des estropiés. A l'aide des Comités sanitaires existant dans chaque commune de Norvège, l'*Administration Centrale* pourra se tenir en contact avec les infirmes jouissant d'une aide officielle.

2. — *Sur l'inscription des invalides.*

Les médecins, les sages-femmes, les prêtres, les maîtres d'écoles et les infirmiers sont tenus de déclarer aux Comités sanitaires afférents, les cas d'infirmités qu'ils seraient amenés à constater. Le rapport qui sera écrit sur un questionnaire pu-

blié par le Ministère des Affaires Sociales, devra être envoyé, à intervalles réguliers, au moins tous les trois mois, à l'*Administration Centrale* qui, de cette façon, se tiendra constamment au courant de la situation des invalides et aura la possibilité de faire exécuter à tout moment les décisions jugées nécessaires, telles que : examens médicaux, proposition de traitement dans les cliniques pour invalides et les sections orthopédiques des hôpitaux, convocation des jeunes gens et des enfants pour une instruction et une rééducation dans les foyers-écoles et les institutions pour estropiés. L'Administration pourra de même contrôler l'invalidité et les résultats obtenus par les traitements et la rééducation, les aides accordées, etc.

3. — *Sur les examens médicaux des infirmes et les frais qui s'ensuivent.*

Sur la demande de l'*Administration Centrale* ou du Comité sanitaire de la commune, les estropiés ou les personnes susceptibles de le devenir, sont tenues de se faire examiner par le médecin indiqué par l'*Administration Centrale* ou le Comité sanitaire. Les résultats de cet examen sont soumis à l'*Administration Centrale*, qui peut ensuite proposer ou imposer à l'individu ce qui est nécessaire dans chaque cas. Les frais de ces examens médicaux incombent aux communes. Au cas où l'individu n'a pas de domicile fixe, les frais incombent à l'Etat.

4. — *Sur la convocation des enfants estropiés pour une instruction dans les écoles-foyers.*

Les enfants infirmes, âgés de 7 à 18 ans, peuvent être convoqués par l'*Administration Centrale* pour recevoir une instruction correspondante à celle donnée dans les écoles communales, et, au cas où cela est jugé nécessaire, pour être internés dans les foyers-écoles pour infirmes, si l'Administration Centrale le juge désirable ou nécessaire en raison de leur infirmité, ou pour toute autre raison pratique.

Cependant, c'est une règle fondamentale que les estropiés doivent être aidés, autant que possible, de la même manière que toute autre personne. On ne doit se servir des moyens spéciaux dont dispose l'Administration que dans les cas où ceci est jugé absolument nécessaire ou plus pratique.

Cette règle doit être appliquée lorsqu'il s'agit de l'instruction des enfants estropiés. C'est le devoir de la société envers les enfants qui, à cause d'infirmités corporelles, ne sont pas capables d'aller à l'école, mais possèdent par ailleurs toutes les facultés nécessaires pour suivre l'enseignement, de leur faciliter tous les moyens d'accès aux écoles communales. Dans le cas où les parents d'un enfant ne sont pas en état de pourvoir aux frais de transport à l'école communale dont il dépend ou de le faire loger près de l'école, c'est la commune qui doit supporter ces frais.

L'Administration Centrale peut exiger que les enfants atteints d'une infirmité si grave qu'elle leur interdit toute possibilité d'instruction dans les écoles ordinaires, soient internés et instruits dans les écoles-foyers pour infirmes, existantes ou à venir, fondées par l'Etat.

5. — *Sur le droit des estropiés à un traitement spécial et à la rééducation.*

On a discuté en Norvège sur la question de savoir si c'était un devoir pour les estropiés de faire un séjour dans les centres de rééducation et d'y subir un traitement médical. On est arrivé à la conclusion que, pour le moment, il faut se contenter d'exiger l'obligation d'un examen médical.

On a donné au texte du paragraphe la forme suivante :

« Tout estropié, ne jouissant par ailleurs d'aucune aide pour le traitement médical et la rééducation, a droit à ce traitement et à cette rééducation. Si cela est nécessaire, ce droit s'étendra à un séjour dans les différentes institutions et hôpitaux existants ou à venir subventionnés par l'Etat, tels que : institutions de rééducation pour estropiés, écoles-foyers, asiles et sections orthopédiques spéciales, pour autant que le directeur et le médecin de l'institution jugent le cas approprié et dans la mesure des places libres ».

6. — *Sur le paiement des traitements et des séjours dans les différentes institutions pour estropiés.*

En ce qui concerne les enfants estropiés envoyés par l'Etat dans les écoles-foyers et les invalides séjournant dans les institutions cliniques, sections orthopédiques spéciales, etc., les frais de transport et de séjour dans les dites institutions ainsi

que les frais de prothèse et de vêtements devront être supportés par les communes qui se verront restituer par l'Etat les 4/10^e et même, dans certains cas, jusqu'aux 8/10^e de la totalité des frais y afférant.

Au cas où l'intéressé ne dépend d'aucune commune fixe, les frais seront payés par l'Etat. La commune n'a aucune obligation de payer si les caisses d'assurances sociales ou toute autre caisse d'assurances reconnue par l'Etat, doivent elles-mêmes payer.

Les communes (éventuellement l'Etat) peuvent exiger le remboursement de ces frais par l'invalidé ou par sa famille, si les Comités sanitaires trouvent que la situation économique de l'invalidé ou de sa famille est telle qu'une aide officielle ne peut être, en toute conscience, demandée. Les décisions des Comités sanitaires peuvent être soumises à cet effet par les intéressés au jugement du Ministère des Affaires Sociales dont les décisions sont sans appel.

7. — *Sur diverses prescriptions concernant, entre autres, les subventions aux estropiés pour se procurer des prothèses.*

On doit fournir aux invalides indigents les bandages (prothèses) nécessaires et convenables. Quant aux invalides indigents ne résidant dans aucune institution pour estropiés, les frais de leurs bandages incombent aux communes qui se verront restituer par l'Etat les 4/10^e et même dans certains cas jusqu'aux 8/10^e de la totalité des frais en question.

La loi impose donc aux intéressés, aux communes, etc., le devoir de fournir aux invalides la prothèse indispensable pour qu'ils puissent se subvenir eux-mêmes. Il incombe aux Comités sanitaires communaux de vérifier si ce devoir a été rempli par les autorités compétentes.

Les frais occasionnés par cette loi ne peuvent être considérés comme secours de l'assistance publique que lorsqu'il s'agit d'étrangers ou d'individus ne jouissant pas de leurs droits politiques.

L'Etat et les communes se chargent donc, suivant la loi, de tous les frais concernant le traitement, la rééducation et l'appareillage des estropiés indigents. Simultanément et comme

un complément à la loi sur les estropiés, une autre loi a été votée par le Storting, qui assure une pension annuelle de l'Etat aux aveugles et aux invalides 100 %. Cette loi, qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 1936, doit plus tard faire partie d'une loi générale sur les assurances d'invalidité et de vieillesse actuellement en élaboration.

Il reste pourtant des points dont le secours officiel aux invalides ne s'occupe pas pour le moment, et pour la solution desquels l'initiative privée est aussi nécessaire maintenant que par le passé. Par exemple, lorsqu'il s'agit des aides :

a) pour procurer aux estropiés des machines-outils, des matières premières, des fauteuils roulants, etc. ;

b) pour pourvoir à leur installation comme artisans ayant terminé leur rééducation ;

c) pour la vente de leurs produits grâce à une organisation de vente ;

d) pour la fondation de foyers de convalescence et de vacances ;

e) pour la création de bibliothèques ;

f) pour l'organisation d'excursions et de réunions d'invalides.

Dans les différentes régions de la Norvège, on trouve des sociétés et des institutions privées qui se vouent à ces tâches. Il convient de citer tout d'abord la *Société de Secours aux Estropiés Nécessiteux* qui fut fondée à Oslo en 1893. Cette société dispose actuellement d'un capital d'environ 500.000 couronnes. Puis il y a des sociétés privées organisées par les infirmes eux-mêmes, et répandues dans tout le pays. Ces sociétés se centralisent en une organisation mère : la *Société des Estropiés de Norvège*.

« SOPHIES MINDE »

Cette institution comprend plusieurs branches : une clinique de 70 lits, une école professionnelle des métiers pour 60 garçons et une autre pour 40 filles ; s'y rattachent en outre : un dispensaire, une fabrique d'appareils de prothèse et un foyer-école, où sont reçus des enfants estropiés de toute la Norvège qui, à cause de leurs infirmités, ne peuvent fréquenter les écoles primaires communales.

Il a été jugé de la plus haute importance que les différentes branches de l'œuvre soient rassemblées, les estropiés étant souvent obligés de continuer leur traitement pendant l'apprentissage.

La *clinique* est un établissement tout nouveau possédant dans le domaine de la chirurgie et de l'orthopédie les moyens scientifiques les plus modernes. Les opérations sont gratuites, mais les malades paient 2,5 Kr par jour, plus les radiographies, les bandages, etc. Les infirmes indigents peuvent recevoir des bourses de l'Etat .

Tous les estropiés peuvent consulter les médecins du Dispensaire pour y obtenir des renseignements sur les traitements. Ils peuvent encore s'y procurer les conseils relatifs aux prothèses. Dans ce dispensaire se trouvent un service de radiographie et de diathermie, un laboratoire, une salle de massage, ainsi qu'une grande salle de gymnastique. En outre du traitement gratuit, les enfants estropiés de la ville d'Oslo reçoivent au dispensaire, dans des salles d'études spécialement aménagées, l'enseignement des écoles primaires.

L'*école professionnelle des métiers* reçoit des élèves qui ne peuvent faire leur apprentissage dans d'autres écoles. Les candidats doivent être âgés de 16 ans au moins et de 30 ans au plus. Le but de l'école est d'enseigner aux élèves, par des méthodes appropriées et des moyens spéciaux, à se servir de leurs membres défectueux, et de leur donner toutes les facilités de gagner honorablement leur vie. En faisant le choix d'un métier, on tient compte des dispositions naturelles du sujet, de sa condition sociale et du degré de son infirmité. L'apprentissage dure de 2 à 4 ans pour les garçons, suivant le métier qu'ils choisissent, et de 1 à 2 ans pour les filles. Les garçons apprennent les métiers de cordonnier, de tailleur, d'ébéniste, de vannier et de peintre décorateur. On enseigne aux filles : la couture et la coupe, le tricotage, le tissage, des travaux au fuseau et au crochet. En outre, on donne aux élèves quelques connaissances de comptabilité, de dessin, etc. L'école fournit tous les matériaux et l'outillage nécessaire à l'enseignement qui est gratuit. Le régime de l'école est l'internat et les élèves paient 800 couronnes de pension par an. Des demi-bourses et des bourses entières sont accordées par l'école aux élèves les plus pauvres.

La clinique et l'école professionnelle reçoivent une subvention annuelle de l'Etat. La commune d'Oslo, étant particulièrement favorisée par le dispensaire et la fabrique d'articles orthopédiques, donne au dispensaire une subvention annuelle; la caisse d'épargne d'Oslo aide aussi le dispensaire. L'institution a également reçu pour soutenir son œuvre des legs dont le capital annuel se monte à un demi-million de couronnes.

Une journée sportive a été créée par la Société Norvégienne de Football, dont la recette est destinée à l'amélioration du sort de ces malheureux. Chaque année, un jour de football est organisé dans toutes les villes et rapporte des sommes assez importantes se montant à plusieurs milliers de couronnes. L'initiative de ce mouvement généreux a été prise par « Roald Amundsen og Fritjof Nansen », et cette œuvre continue.

Il y a enfin les ligues créées par les invalides eux-mêmes, une ligue dans chaque contrée de la Norvège. Ces ligues ont pour but de fonder des homes pour ceux des leurs trop infirmes pour gagner leur vie, sans famille ou trop âgés. Il existe déjà de tels homes à Hamar, à Trondheim, et à Tromsø. Les ligues des infirmes des membres organisent des congrès annuels, auxquels participent très assidûment tous les invalides. Ces congrès ont beaucoup contribué à faire connaître l'œuvre de secours aux invalides.

Les estropiés de Norvège ont aussi un journal *Solglimt* (le rayon de Soleil), fondé par un estropié, M. Toralf Sandvik, de Bergen. Ce journal, qui est écrit par des rédacteurs bénévoles, a environ 4.000 abonnés.

*Pays où l'assistance à l'enfance estropiée
fait également appel à l'Etat
et à l'initiative privée*

SUEDE

HISTORIQUE

Ce n'est que vers 1880 que l'on commença en Suède à venir en aide d'une façon spéciale aux estropiés. A cette époque, des institutions de bienfaisance créèrent des écoles professionnelles et des foyers, dans le but de rendre l'estropié capable de gagner sa vie, malgré son infirmité. Ces écoles, organisées d'après le type des écoles professionnelles de la Société fondée par le Pasteur HANS KNUDSEN, ne s'occupaient que du perfectionnement de l'éducation professionnelle. Elles ne concernaient donc pas les enfants estropiés ; les secourus étaient, en général, d'un âge plus élevé. Il n'existait, à cette époque, aucune assistance spécialement destinée aux enfants estropiés, bien que dans quelques foyers d'enfants, entre autres, l'Etablissement de la PRINCESSE EUGÉNIE (Eugeniahemmet), fondé dès 1882, ceux-ci fussent admis avec les adultes. Ce n'est, d'ailleurs que beaucoup plus tard que cette institution s'est attachée, dans une certaine mesure, à aider les enfants.

Une assistance spéciale, organisée en faveur des enfants estropiés, naquit en Suède en 1912-1913. A cette époque, les établissements spéciaux furent réorganisés d'un seul coup, et transformés d'écoles d'apprentissage en établissements publics tout à fait modernes, d'une capacité notablement plus grande. Ces établissements, entretenus principalement par les subventions de l'Etat, des Conseils Généraux et des Communes, apportaient toutes les formes d'assistance dont les estropiés peuvent avoir besoin. Ils comprenaient donc des cliniques et des dispensaires publics d'orthopédie, comportant une section opératoire, avec Rayons X, une section pour la thérapeutique mécanique et physique, un atelier de prothèse, toutes les bran-

ches des sciences orthopédiques. Ils comprenaient, en outre, des écoles destinées aux enfants en âge de faire leurs classes (mais que leur infirmité empêchait de fréquenter les écoles ordinaires), des internats et des écoles d'apprentissage. Ces établissements étaient basés sur le principe de HANS KNUDSEN : « D'abord diminuer, dans toute la mesure du possible, les défauts corporels de l'estropié. Ensuite lui fournir tout l'apprentissage et toute l'assistance nécessaires pour le rendre à même de gagner sa vie par son travail, dans une profession dont l'exercice soit compatible avec sa capacité ».

La cause de l'essor de ces établissements doit être recherchée dans un concours de circonstances favorables.

Ainsi, en dehors des progrès de l'orthopédie, il faut noter que la Suède, après quelques épidémies plus légères, fut victime en 1911-1912 de la plus grande épidémie de paralysie infantile qui eut jamais frappé un petit pays. En peu d'années, 14.000 cas furent enregistrés et la très grave invalidité que la maladie laisse trop souvent après elle frappait tellement les esprits, surtout dans certaines provinces, que la nécessité devint évidente pour tous, particuliers comme pouvoirs publics, de faire quelque chose pour fournir aux victimes une aide spéciale, susceptible de guérir ou de diminuer leur mal. On organisa alors pour ces poliomyélitiques de grands établissements provisoires, que remplacèrent plus tard les établissements complets d'aujourd'hui et dont nous parlerons plus loin en détail.

D'autre part, la législation sociale contribua au développement en Suède d'une assistance aux estropiés solidement organisée. A ce sujet, on doit mentionner en premier lieu *la loi de l'assurance contre l'âge et l'invalidité*. Lorsqu'elle fut instituée en 1914, il apparut bientôt que cette assurance non accompagnée de mesures destinées à prévenir et à soigner le mal ne remplissait pas son but ; c'est pourquoi l'*Organisme d'Etat d'Assurance contre l'Invalidité* (Kungl. Pensionsetyrelsen) sentit bientôt le besoin d'un traitement prophylactique et curatif pour les cas très graves. Les cliniques et les dispensaires devinrent ainsi d'eux-mêmes des organismes publics, sans l'aide desquels il était impossible à une institution d'Etat de diriger une section importante de l'assurance des invalides.

LÉGISLATION

On doit mentionner enfin que des lois toutes modernes sur l'assistance publique, sur l'entretien et le soin des enfants ont favorisé l'essor de l'organisation suédoise en faveur des estropiés. Cette législation est tout à fait efficace en ce qu'elle permet aux plus pauvres eux-mêmes de recevoir les traitements nécessaires de spécialistes, y compris le traitement orthopédique.

Dans ces conditions, on n'éprouve guère en Suède et pour le moment, le besoin d'une législation spéciale relative à l'assistance des estropiés, avec traitement obligatoire des cas pendant l'enfance.

L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE

En Suède, l'assistance et le traitement des malades dans les hôpitaux et hors des hôpitaux présente, depuis longtemps, un caractère très accentué d'ordre social. Les classes de la population qui n'ont pu par leurs seuls moyens assurer leur traitement, ont en général trouvé dans les hôpitaux publics et chez les médecins payés par l'Etat ou la Commune, la même sorte d'assistance que les riches trouvaient chez les médecins privés et dans les cliniques particulières. La plus grande partie de l'assistance médicale publique est, depuis le milieu du siècle dernier, avant même, de plus en plus entre les mains de l'administration provinciale et communale. La Suède est divisée en départements, chacun sous les ordres d'une administration et d'une représentation départementale qui s'occupent largement des intérêts de leurs ressortissants. Bien qu'elle ait atteint un développement très élevé, l'assistance médicale a souffert de cette décentralisation; certaines branches de l'art médical spécialisé n'ont pu être réalisées partout comme il aurait été désirable; et c'est pourquoi l'Etat a dû intervenir directement dans l'organisation et le budget de l'assistance médicale du pays. Il est intervenu ainsi dans l'assistance aux tuberculeux, aux cancéreux, etc., et dans l'assistance donnée par le traitement orthopédique spécial.

Il existait dans ce domaine des œuvres philanthropiques assistant certaines catégories d'estropiés, mais elles ne faisaient

pas appel à l'art médical ou seulement dans une très faible mesure. Lorsqu'il fut reconnu que le meilleur moyen d'être utile aux estropiés et à l'Etat consistait à instituer un traitement orthopédique précoce, prévenant l'invalidité des organes de maintien et de mouvement, les autorités communales et provinciales aussi bien que l'Etat, trouvèrent plus pratique de soutenir l'effort de ces œuvres, plus largement qu'il n'était coutume de le faire, et surtout plus économique, que d'organiser une assistance nationale ou provinciale en faveur de ces estropiés. Ces associations avaient su s'adapter aux nouveaux besoins et les institutions qu'elles dirigent actuellement sont très modernes. C'est d'ailleurs un résultat assez surprenant, pour nous Français, de voir prospérer ces établissements alimentés par les fonds publics et dirigés par des sociétés privées.

L'Etat Suédois considère qu'en nommant des représentants dans les directions, ainsi que des inspecteurs et reviseurs, il veille suffisamment aux intérêts du public. Il trouve que l'activité de ces institutions remplit le but à atteindre d'une manière satisfaisante et certainement moins coûteuse qu'une organisation analogue qui serait installée et financée peut-être très grandement par les pouvoirs publics.

Le système suédois appelé par les Américains « *The combined Voluntary and State System* » est donc une combinaison de philanthropie privée et d'activité publique médico-sociale pour le bien des estropiés. Est-ce un système onéreux ? D'après le Professeur HAGLUND, directeur de l'Institution de Stockholm, le coût de l'installation par lit de malade et par journée d'hospitalisation est meilleur marché dans les institutions pour estropiés que dans les sections orthopédiques des hôpitaux.

Un comité royal, composé de personnalités marquantes, ayant fait un examen critique de l'état de choses actuel, surtout au point de vue économique, a reconnu que cette organisation est bonne, susceptible de développement et qu'il n'est donc pas utile de l'altérer.

Les établissements suédois de secours aux estropiés travaillent en commun sous l'égide d'un *Comité Central* : Svenska Vanförestalter nas Centralkommitté (S. V. C. K.) qui exerce le contrôle général de l'Assistance aux estropiés, et par suite en tient plus ou moins le développement en mains, sans exercer aucune pression sur l'évolution des établissements privés.

INSTITUTIONS D'ASSISTANCE AUX ESTROPIÉS

La Suède possède quatre de ces institutions d'assistance aux estropiés dans les villes de *Stockholm*, *Gothemburg*, *Hälsingborg*, *Hernösand*, cette dernière fondée en 1932.

Elles comprennent des sections pour les malades (clinique dispensaire, bandagerie, section de gymnastique, etc.), des écoles pour les enfants ne pouvant fréquenter les écoles ordinaires en raison de leur infirmité, et une école professionnelle de garçons et de jeunes filles. Il est exceptionnel qu'on y reçoive des personnes ayant dépassé l'âge de 25 ans.

Des curateurs sociaux sont installés dans ces institutions : leur activité s'étend aussi dans le pays entier ; ils s'occupent de procurer du travail aux infirmes et aident à l'acquisition des machines ou des outils qui leur sont nécessaires.

Voici le nombre des malades susceptibles d'être reçus dans les cliniques : à Stockholm, 135 ; à Gothemburg, 97 ; à Hälsingborg, 75 ; à Hernösand, 103 ; ceci dans les conditions normales. Mais à la suite d'épidémies plus violentes, telles que celle qui sévit en 1936, on dut accroître le nombre des places.

Les dispensaires ont donné près de 30.000 consultations en 1937.

En dehors des services orthopédiques de toutes sortes, les enfants estropiés sont aussi secourus dans d'autres établissements : des hôpitaux ordinaires d'enfants, des sanatoria établis sur les côtes.

Enfin, il existe à Stockholm, une institution tout à fait privée (*Eugeniahemmet*) fondée en 1882 par une princesse suédoise, Eugénie, morte depuis longtemps. Cet établissement comprend des lits pour 200 enfants des deux sexes. Les enfants y reçoivent l'assistance médicale, ils font leurs classes et ils sont exercés dans une profession. Mais ils quittent l'école à l'âge de 18 ans pour gagner leur vie par leur travail ou pour être assistés de toute autre manière.

LIMITES DE L'ASSISTANCE AUX ESTROPIÉS

Les enfants et les individus psychiquement et moralement inférieurs, ainsi que les estropiés atteints de graves défauts des organes des sens sont exclus des établissements pour estropiés.

Sont exclus également, sauf soins tout à fait passagers donnés dans les cliniques : les imbéciles, les épileptiques, les spastiques, les sourds-muets. On ne donne en Suède des soins qu'à *l'estropié social*, c'est-à-dire à l'estropié tel qu'il est défini par le Professeur HAGLUND, dans la phrase suivante que nous avons déjà reproduite dans notre chapitre de généralités : « L'individu atteint de défauts des organes de maintien et de mouvement, passablement doué au point de vue psychique, ne souffrant d'aucun vice grave des organes des sens, sans tares morales manifestes, et dont l'infirmité est d'une nature et d'un degré tel, en tenant compte de son caractère particulier ainsi que des conditions économiques et sociales de son milieu, qu'elle lui cause des difficultés sérieuses pour mener une vie à peu près normale ».

Autres Pays

ARGENTINE

En 1932, il a été créé une école et un centre d'apprentissage dans le service chirurgical de l'*Hôpital Durand*, hôpital de l'Université de Buenos-Aires. A la suite de cette initiative, les patients quittent l'hôpital non seulement guéris physiquement, mais encore capables de gagner leur vie. On forme ainsi 60 à 80 apprentis par an.

Il n'y a pas d'autres établissements de cette sorte en Argentine; cependant, il y a Rosario, à Cordoba, au Sanatorium marin de Mar del Plata, et dans l'Hôpital des Enfants, l'Hôpital Foundling, des services chirurgicaux et orthopédiques bien équipés.

BRÉSIL

(Etat de Saint-Paul)

Il existe à *Saint-Paul*, à l'*Hôpital Central*, une section particulière entièrement consacrée au traitement de la poliomyélite. Les enfants ou adultes n'y apprennent pas de métiers, mais ils étudient et suivent le cours primaire. Les leçons sont données dans les classes pour ceux qui peuvent s'y rendre et à l'infirmerie pour ceux qui doivent garder le lit. Les jeunes filles s'occupent de petits travaux à l'aiguille, crochet, tricot, etc., selon leurs forces et aptitudes à titre de distractions.

Il n'y a guère qu'une dizaine d'années que le traitement de la poliomyélite forme une section particulière de l'*Hôpital Central*.

CANADA

(L'Ecole Victor Doré)

A *Montréal*, il a été fondé en 1932, une école orthopédique, la seule école catholique *Franco-Canadienne* de cette sorte. Son fondateur, M. VICTOR DORÉ, est président de la Commission scolaire catholique, et l'établissement s'est appelé l'« *Ecole Victor-Doré pour les Enfants Estropiés* ».

Elle eut, au début, 60 élèves et en 1937, elle en comptait 292; 65 enfants attendaient leur tour d'entrée. Nous allons décrire le fonctionnement de cette école.

Chaque matin, sept autobus, chacun sous la surveillance d'un des maîtres, va chercher les enfants à leur maison. La classe commence à 9 heures le matin, finissant à 11 heures 45, avec 15 minutes de repos, pendant lequel on distribue du lait aux enfants. Le déjeuner consiste en un potage ou consommé, un plat de viande, deux légumes, dessert, lait ou chocolat chaud.

Au repos suivant le déjeuner, les enfants jouent, à l'intérieur ou à l'extérieur, suivant le temps, au ping-pong, cartes ou base-ball, hockey sans patins et à une infinité d'autres jeux.

Dans l'après-midi, les enfants les plus âgés travaillent aux ateliers pendant que les plus jeunes vont en classe. Un goûter est servi et les enfants quittent l'établissement à 16 heures.

Chaque jour, une infirmière spécialisée donne environ 75 traitements de mécano-thérapie et de diathermie. Une autre infirmière veille à donner les pilules, potions, etc. Les pansements sont faits, les appareils sont mis en place et en général sans grimaces.

Le médecin qui est chaque après-midi à l'école, examine les élèves, ainsi que les postulants périodiquement.

Le Secrétaire Médical fait des enquêtes médicales, sociales sur le cas de chaque enfant, prenant les mesures qui s'imposent pour chaque cas particulier.

Les garçons et les filles suivent, à l'*Ecole Victor-Doré*, le programme fixé par le Comité de l'Instruction Publique et sont entraînés à un métier qui leur permettra plus tard de gagner leur vie. Cette profession est spécialement adaptée à leur déficience physique. L'enseignement est à la fois périodique et pratique, donné par des professeurs qui sont tous des artisans experts. A la fin de l'enseignement, les établis et les outils deviennent leur propriété personnelle. On enseigne à présent les métiers suivants : cordonnerie, horlogerie, charpenterie, la coupe et la confection, les arts culinaires, le dessin commercial et décoratif, le chant ; on y apprendra, dans un avenir prochain, la peinture et la reliure.

En ce qui concerne la cordonnerie, les élèves apprennent le

métier dans son entier; c'est-à-dire dessiner le modèle, le couper et leur travail ne s'arrête que lorsque le soulier est prêt à être porté. Ces souliers sont donnés aux élèves indigents et ils durent deux fois plus longtemps que les souliers ordinaires.

Toutes les horloges appartenant à la Commission Catholique Scolaire de Montréal, horloges au nombre de 400, sont réparées par les élèves, sous la direction des professeurs. On fait non seulement la réparation, mais encore la fabrication des accessoires à partir de la matière brute. En horlogerie, comme en menuiserie, chaque élève fait tous les outils nécessaires à son métier et ces outils deviennent sa propriété personnelle. On leur donne également des notions élémentaires de bijouterie.

Les filles apprennent à faire des patrons pour s'habiller elles-mêmes et habiller leurs camarades; elles apprennent également à se servir d'étoffes dépareillées pour se faire des choses gentilles et peu coûteuses. La première année de leur apprentissage, au lieu de faire toujours de l'assemblage des différentes pièces de vêtement — ce qui serait fastidieux — elles habillent les enfants de l'école maternelle.

Les plus jeunes enfants font du travail manuel : découpage, pliage, pour leur donner de la dextérité.

En cinq ans, l'école a ainsi donné des occupations à un certain nombre d'enfants qui sont à présent utiles à la Société: 7 horlogers, 8 cordonniers, etc.

Soixante enfants peuvent, depuis qu'ils ont quitté l'école, suivre les classes de leur école paroissiale.

Législation.

Au Canada, c'est à chaque gouvernement provincial de promulguer des lois en faveur des estropiés. Pratiquement, tous ces gouvernements subventionnent les organisations privées qui s'occupent des enfants estropiés. Le « *Education Act* », d'*Ontario*, prévoit que le Département de l'Education de chaque municipalité où il y a 10 enfants estropiés et plus, doit créer des classes spéciales pour leur éducation. Des fonds spéciaux contribuent à payer les frais d'éducation, de transport et d'équipement.

Cette même loi stipule que des maîtres donneront l'enseignement à domicile. Des maîtres sont appointés par les Bu-

reaux d'Education locaux ; ils visitent et instruisent tous les enfants estropiés de leur ville deux heures par semaine. Le Département de la Santé de la Province de l'*Alberta* dirige l'enseignement et paie un dollar par jour et par cas orthopédique à l'Université ou à l'Hôpital de la Croix-Rouge pour les Jeunes.

Dans la *Province de Manitoba*, la loi pour le « *Bien-Etre des Enfants* » de 1924 impose au Directeur de la Santé le devoir d'enquêter sur tous les enfants de la Province.

Les renseignements obtenus sont envoyés au Ministre. Les cas sont étudiés et l'instruction spéciale, ainsi que l'apprentissage, peuvent être donnés en coopération avec les parents ou les gardiens de l'enfant. A *Québec*, l'estropié est soigné grâce à la « *Loi de la Charité Publique* », la Municipalité étant chargée de tous les frais.

FINLANDE

Pour ce pays, nous ne pouvons faire mieux que de reproduire le rapport de Madame *Von Ida Paaso*, Directrice de l'Institut pour estropiés de Finlande, rapport présenté, au Congrès de *Francfort-sur-le-Mein* de juin 1938.

« La bienfaisance en faveur des estropiés est assurée en Finlande par l'*Association de Secours aux Estropiés* « *Hilfsverein für Krüppel* », qui jouit du soutien financier de l'Etat « et dont l'organe exécutif est : *L'Institut des Estropiés* (*Krüppelanstalt*), d'Helsinki, fondé en 1890. Cet Institut comprend :

« 1° *L'Hôpital orthopédique et la Policlinique* ; dans l'hôpital « il y a 40 places permanentes, mais il y a souvent plus de « patients. Les patients sont des estropiés de tous âges, mais « surtout des enfants, 60 % habituellement. En dix ans, de « 1928 à 1938, l'Institut a traité 1.621 enfants de 0 à 15 ans.

« 2° *L'Ecole Industrielle des Estropiés* et en connexion avec « elle, une seule école primaire et un internat. Dans cette section, il y a 60 places permanentes (30 jeunes gens, 30 jeunes « filles. L'âge réglementaire d'entrée est de 12 à 15 ans. Les « élèves qui, déjà avant leur entrée à l'école, ont joui de soins « orthopédiques, reçoivent ici un traitement après cure, font « les classes supérieures d'école primaire et les classes suivantes et sont de plus en plus instruits, de 13 à 15 ans, dans

« une profession quelconque. Le cours d'instruction profes-
« sionnelle dure en moyenne 4 à 5 ans, temps pendant lequel
« les enfants acquièrent généralement une telle habileté pro-
« fessionnelle qu'ils peuvent ensuite exercer une profession
« indépendante chez eux ou être engagés dans un atelier. Tous
« les écoliers logent dans leur propre internat où, en plus du
« logement et de l'entretien, ils reçoivent d'autres soins.
« L'école industrielle pour estropiés a été fréquentée, dans
« les dix dernières années, par 360 élèves.

« 3° *Le Foyer pour Enfants Estropiés*, qui contient dix pla-
« ces permanents. L'âge réglementaire d'entrée est de 7 à 12
« ans. Pendant leur séjour au foyer, les enfants reçoivent sur-
« tout des soins orthopédiques au cas où ils n'en ont pas
« bénéficié auparavant; cependant ceux qui, avant cela, sont
« déjà allés dans un hôpital, ont besoin, dans la plupart des
« cas, d'un traitement après cure. Il y a pour les enfants dans
« l'internat une école primaire inférieure où, en plus d'une
« instruction primaire théorique, on leur apprend encore le
« chant et des travaux manuels. La plupart des enfants, dès
« qu'ils ont atteint 12 ans, sont placés dans l'école indus-
« trielle pour enfants estropiés. Dans les dix dernières années,
« 162 enfants ont été soignés dans le foyer pour enfants es-
« tropiés.

« 4° *Le Bureau du Curateur*. En Finlande, on n'a fait que
« très peu de travail de propagande. C'est pourquoi il est né-
« cessaire que le curateur de l'Institut des Estropiés se mette
« à la recherche des estropiés dans tout le pays. Il divise les
« estropiés en différentes catégories et établit leur condition
« sociale ; il entreprend leur soin. De préférence, il les fait
« examiner dans sa propre polyclinique ou les accueille à
« l'hôpital si un traitement orthopédique est nécessaire. Au
« cas où l'infirmité de l'enfant est de nature grave et ne peut
« être diminuée que très légèrement ou partiellement par le
« traitement orthopédique, l'enfant est recueilli par l'Institut
« des Estropiés et reçoit alors des soins, une instruction sco-
« laire et une formation professionnelle. Lorsque le jeune es-
« tropié a terminé son école et sa formation professionnelle,
« le curateur de l'Institut lui vient de nouveau en aide à son
« entrée dans la société civile, en lui procurant un emploi, des

« outils, des appareils de prothèse et autres moyens de secours. Beaucoup d'estropiés ont besoin de l'aide du curateur pendant toute leur vie.

« En dehors de l'Institut des Estropiés d'Helsinki, il y a, au nord de la Finlande, dans la petite ville d'*Oulu*, un petit foyer pour les enfants estropiés indigents dans lequel il n'y a toutefois aucune école ni hôpital.

« Les soins aux enfants estropiés s'adressent seulement aux enfants intellectuellement normaux. Pour les estropiés intellectuellement arriérés, il n'y a aucun institut spécial, mais ils sont habituellement soignés dans des instituts pour faibles d'esprit ».

Législation. — Le 1^{er} janvier 1937, la première *Loi générale pour le Bien-Etre des Enfants* est devenue effective en Finlande. Elle déclare entre autres choses « que ceux qui ont besoin d'un traitement spécial, parce qu'ils souffrent de maladies ou d'infirmités physiques, ou bien d'affections mentales, et qui ne peuvent recevoir un tel traitement à domicile devront être traités ».

GRÈCE

Il existe en Grèce deux sortes d'institutions en faveur de l'enfance estropiée :

a) L'Hôpital Asclepeion, de Voula-sur-Mer ;

b) La Société pour la protection de l'Enfance Estropiée.

L'Hôpital Asclepeion ne présente pas de caractéristiques particulières. Il est destiné aux enfants atteints de tuberculose ostéoarticulaire et chirurgicale.

La Société de Protection de l'Enfance Estropiée a été créée en 1937 par les soins du Club Rotarien d'Athènes. Le Ministre de l'Hygiène a fait accorder à la Société un subside officiel de 200.000 drachmes.

Le but de la Société est le dépistage précoce et la surveillance médicale des enfants estropiés pour assurer, soit leur traitement orthopédique par des médecins spécialistes, soit la fourniture d'un appareil orthopédique pour améliorer leur infirmité.

A) *Dépistage*. — On assure le dépistage des enfants estropiés en faisant enregistrer ces enfants par les médecins des départements, des communes et des écoles. Des circulaires des Ministres de l'Hygiène et de l'Instruction Publique et des Cultes facilitent beaucoup cette tâche par les instructions qu'elles donnent aux autorités et au public.

B) *Centres pour l'examen médical*. — Ces centres sont en province les postes médicaux des mairies, des communes et des écoles; à Athènes, le siège même de la Société.

A ce siège, en dehors des bureaux, il y a une salle d'attente pour les malades et leurs parents, une salle d'examen des malades dans laquelle se trouvent aussi installés quelques appareils pour le traitement des malades, enfin une salle pour les plâtres.

C) *Traitement des enfants estropiés*. — Il n'y a pas, en Grèce, d'établissement spécial pour le traitement. Les enfants ayant besoin d'un traitement ou d'une opération orthopédique pouvant améliorer leur infirmité, sont hospitalisés par les soins de la Société dans les services chirurgicaux des différents hôpitaux d'Athènes.

D) *Appareils orthopédiques*. — Ces appareils sont construits par les soins de la Société et à ses frais. Mais on étudie aussi la création d'une maison orthopédique nationale pour la fabrication de ces appareils.

E) *Centres de rééducation*. — La Société a créé à Athènes une école de rééducation qui fonctionne dans les salles du Cerele fondé pour les jeunes filles qui travaillent. Cette école fonctionne sous la direction de Miss Lorrier, de Cleveland, déléguée à la demande de la Société par les soins de Near East Relief, association américaine.

En somme, ce mouvement est en pleine ascension et il est impossible de le juger présentement pour cette raison.

HOLLANDE

Il n'y a pas, en Hollande, de législation spéciale concernant les estropiés. Tout ce qui a été fait en leur faveur provient de l'initiative privée.

Nombre des estropiés. — Au recensement de la population néerlandaise, le 31 décembre 1920, 44.822 personnes se sont déclarées infirmes; parmi elles se trouvaient 6.538 enfants de moins de 14 ans.

Prenant comme base ces chiffres, ainsi que ceux de *Biesalki*, de *Wassink* et du recensement norvégien de 1920, le *Dr Van Assen*, de Rotterdam, estimait, en 1929, que pour un chiffre de population totale de 7 millions environ, il n'y avait pas loin de 250.000 estropiés de tous âges, dont 38.000 en-dessous de 15 ans. Ces chiffres comprendraient les infirmités légères. Le nombre des enfants atteints d'infirmités graves serait, pour le même auteur, de 5 à 10.000.

Or, à la même époque, il n'y avait pas plus de 200 places dans les institutions hollandaises.

Historique et caractère des institutions hollandaises. — En 1889, fut fondé par un médecin, l'*Association pour l'assistance aux enfants infirmes et difformes*. Cette association se proposait de fonder des institutions pour les enfants estropiés et de leur donner un appui matériel. Par ses soins s'ouvrit en 1900, l'*Institution Johanna*, à *Arnhem*, avec 4 malades. L'institution dispose actuellement de 37 places (20 garçons et 17 filles) dans un bâtiment construit en 1903. Sont exclus les idiots, les aveugles, les sourds-muets et les épileptiques. L'institution comprend une école primaire élémentaire et supérieure avec cours commercial (trois langues, mathématiques, commerce, sténodactylographie). L'enseignement professionnel consiste pour les garçons en travail de jonc et des fibres de palmier, dans la fabrication de l'ameublement de serre et de lampes électriques: On enseigne aux filles la couture et la coupe avec un diplôme de couturière, et les professions ménagères. Cette institution, délaissant le traitement s'est de plus en plus tournée vers l'instruction.

En 1912, fut fondé à Rotterdam, « l'*Adrian-stichting* ». Cette institution se joignit à « l'*Association pour l'assistance aux enfants infirmes et difformes* ». Fondée avec 20 places en 1914, elle a, actuellement 52 places. Elle reçoit les enfants et les adolescents normaux de moins de 21 ans. En dehors du traitement chirurgical et orthopédique, les enfants bénéficient de mécanothérapie, de bains de soleil et de rayons U. V. Pour

l'enseignement, cette institution dispose d'une école où l'on enseigne le commerce. Elle enseigne le travail du junc et donne des cours de couture.

L'Association pour l'Assistance aux Enfants Infirmes et Difformes se transforma, en 1925, en « *Association Centrale pour les Infirmes* », dont le siège est à *Arnhem*. Nous allons donner quelques extraits des statuts de cette Association :

Art. 5. — La Société a pour but de procurer tous les secours nécessaires pour donner aux infirmes de Hollande la possibilité de gagner leur vie.

Art. 6. — La Société cherche à atteindre ce but :

a) en appelant l'attention du public sur la nécessité du secours dont il est parlé à l'article précédent ;

b) en favorisant la fondation d'institutions ayant le même but et en collaborant avec elles ;

c) par tous les autres moyens légaux qui favorisent son but.

Art. 8. — Associations, fondations, asiles et autres institutions de toutes sortes qui viennent en aide aux infirmes peuvent s'affilier à la Société pourvu qu'elles aient une personnalité civile.

A cette société se sont affiliées, en dehors des deux institutions dont nous venons de parler :

1°) *L'Institution Cornelian*, à *Beetsterzwag*, qui, fondée vers 1925, recueille 57 enfants de moins de 14 ans. Une salle de 12 lits est réservée à la tuberculose chirurgicale. L'hospitalisation est temporaire. On y donne l'enseignement primaire.

2°) *L'Institution Anna*, à *Leyden*, qui prend soin de 60 enfants. On y soigne uniquement ceux présentant des affections des muscles, des articulations, des os et des nerfs périphériques. L'institution donne un enseignement primaire ; un emplacement est prévu pour construire des ateliers.

3°) Plusieurs autres établissements, réservés uniquement aux tuberculoses chirurgicales.

En dehors de ces institutions, il n'existe pour les estropiés que, d'une part les services d'hôpitaux généraux à *La Haye*, *Harlem*, *Amsterdam*, *Rotterdam*, *Utrecht*, *Arnhem* ; d'autre part, à *Rotterdam*, *Laren*, *Ennmen*, *Beetsterwaag*, *Arnhem*, *Ablasserdam*, il y a des bureaux de consultation qui donnent

à la fois des avis médicaux et sociaux. La *Société Centrale* cherche à établir dans le pays une vingtaine de ces bureaux.

L'Association « *La Croix-Verte* » s'occupe du soin à la maison des malades et des infirmes.

En dehors de cela, il n'y a qu'un fond institué par feu la Reine Mère pour aider les jeunes estropiés à trouver l'enseignement nécessaire. Mais il est d'importance beaucoup trop restreinte.

HONGRIE

Nombre des estropiés. — Les estropiés furent dénombrés en 1930, en relation avec le recensement populaire. Ce calcul donna un total de 27.500 handicapés physiques. Pour le Professeur *Horvath*, de Budapest, ce résultat est en-dessous de la vérité. A son avis, le nombre des estropiés est de 50.000 pour une population de 9 millions d'habitants.

Dépistage. — Il est assuré sous la direction de l'Association de la *Croix-Verte*, par des infirmières habilitées par l'Etat et possédant une formation approfondie de plusieurs années.

Au début, cette organisation sanitaire s'occupa des estropiés uniquement dans des *districts modèles* ; maintenant, elle s'étend petit à petit sur tout le pays. Chaque district se trouve sous la direction et la surveillance d'un médecin et le rapport de l'infirmière sur la découverte d'un infirme parvient en même temps à la connaissance du médecin et à celle du *Service Public de la Santé* (*Kozageszsegügyi Intezet*), dans une section spéciale. Sur l'approbation de la Commission Centrale permanente qui y travaille, les enfants estropiés sont envoyés dans différents établissements de traitement (Foyers pour estropiés, cliniques, hôpitaux de la capitale ou de la province).

Les cas graves nécessitant un certain temps pour la guérison sont envoyés au « *Foyer National des Enfants Estropiés* », où les enfants restent des années, plus ou moins nombreuses, suivant la gravité de leurs cas. On leur fait les opérations nécessaires, on les fait bénéficier de traitements complémentaires utiles. Ils font leurs études élémentaires et reçoivent une éducation professionnelle conforme à leurs aptitudes tant physiques qu'intellectuelles.

Les cas moins graves sont envoyés dans les hôpitaux orthopédiques.

Le mouvement de la *Croix-Verte* tend de plus en plus à exercer sa bienfaisante activité dans le sens du principe du « soin par les familles ». Ce système répond mieux à la structure du pays, car environ les deux tiers de la population habitent les villages, petits et grands, ou même dans des fermes isolées ; dans ces conditions, ce sont les soins donnés par les familles elles-mêmes qui constituent la solution la plus pratique, non pas sans doute la meilleure.

Les hôpitaux orthopédiques sont bien outillés. On se sert des eaux thermales de la Hongrie et en particulier de celles de Budapest pour la mécanothérapie sous l'eau, cela dans le traitement des séquelles de la poliomyélite.

La grosse lacune de l'assistance à l'enfance estropiée en Hongrie, c'est que l'enseignement de l'orthopédie n'est pas obligatoire dans les études médicales et celles-ci en souffrent.

ITALIE

Nous ne donnerons que des renseignements très fragmentaires, obtenus d'ailleurs avec une extrême difficulté.

Le Professeur CELPA ENRICO a présenté, au Congrès de Francfort-sur-le-Mein de Juin 1938, les précisions suivantes sur l'école spéciale pour rachitiques qu'il dirige à Milan :

« Conformément à la loi de protection de l'enfance italienne, tous les enfants doivent fréquenter l'école à partir de 6 ans. Personne ne peut se soustraire à ce devoir et pour ce qui concerne *Milan*, des enquêtes soigneuses du bureau de statistique de l'inspection scolaire veillent à l'observation de la loi.

« Comme aucun enfant ne peut être soustrait à la fréquentation de l'école, chaque année un certain nombre d'enfants sont accueillis dans des écoles, pour qui il faut prendre des mesures spéciales, car ils sont ou physiquement ou intellectuellement de valeur inférieure. Il faut joindre à leur instruction une protection de leur santé, grâce à une hygiène sévère, ce qui n'est pas possible dans les écoles de type général.

« En vue de diriger chaque enfant dans le genre d'école qui
« lui convient le mieux, on a établi à *Milan* des écoles spéciales
« pour :

 enfants rachitiques, estropiés, mutilés ;
 enfants intellectuellement anormaux ;
 enfants débiles et scrofuleux.

« Dans les premiers jours de fréquentation scolaire, les mé-
« decins de l'école examinent tous les enfants et indiquent
« ceux qui doivent être dirigés dans les écoles spéciales éta-
« blies pour eux. Parmi les enfants de valeur inférieure, nous
« distinguons ceux qui, à cause de la gravité de leur cas, ne
« peuvent pas être accueillis dans les écoles, et ceux qui, après
« leur immatriculation sur les listes de l'Etat-Civil, ont été
« adressées à l'Office Central pour la Santé et l'Hygiène, sur
« l'invitation duquel le directeur du Service de la Santé Sco-
« laire à qui est adjoint un spécialiste d'orthopédie, les exa-
« mine et les renvoie à l'école *Gaetano Negri*.

« Cette école est située dans la partie la plus saine de la
« ville et est installée dans une vieille maison patricienne, en-
« tourée d'un grand parc avec des sources pittoresques, de
« jolies fontaines et un grand jardin fruitier... Abstraction
« faite de l'instruction scolaire quotidienne, les élèves (230
« en 1936) bénéficient de tous les moyens de traitement
« (Rayons U. V., mécano-thérapie), cabines radiographiques,
« salle de plâtres, salle d'opérations, clinique dentaire, cham-
« bres de malades pour enfants alités et salle de gymnastique
« équipée d'une manière très moderne. Deux infirmières ac-
« compagnent les médecins dans leurs visites, contrôlent la
« propreté personnelle des enfants. De plus, elles ont la charge
« de visiter les parents des élèves, de discuter avec eux les
« conseils du médecin et d'entreprendre l'examen du milieu
« familial au point de vue de l'hygiène sociale et économique

... ..
« Chaque matin, quatre autobus contenant chacun 60 places
« parcourent la ville suivant un plan préétabli pour recueillir
« tous les écoliers.

« L'instruction se donne en plein air quand il fait beau.
« Après un déjeuner copieux et un goûter, les enfants sont
« reconduits à 5 heures chez eux... »

En dehors de cette école, nous pouvons citer : l'Institut Rizzoli de Bologne, qui, sous la direction du Professeur Putti, est un des plus grands établissements du monde ; l'hôpital de Napoli all'Ariccia, près de Rome, dirigé par le Professeur Spolverini, fondé sous les auspices de la Reine, pour le traitement des séquelles de poliomyélite. A Turin, il existe un autre centre pour le traitement des séquelles de la poliomyélite infantile, l'hôpital de la Reine Marie-Adélaïde, placé sous la direction du Professeur Camera.

Par sa circulaire n° 137 du 16 septembre 1937, le gouvernement italien a envisagé la création d'un autre centre de traitement pour les enfants poliomyélitiques. Cette circulaire envoyée aux préfets prescrit une enquête sur le nombre de cas de poliomyélite, sur le nombre de malades atteints de séquelles, sur le nombre de malades guéris sans séquelles.

Les dépenses engagées par le traitement sont soldées dans la proportion d'un tiers par la commune, un tiers par la province, et un tiers par l'Etat suivant l'article 92 de la Loi Sanitaire.

MEXIQUE

Au Mexique, l'œuvre en faveur de l'enfance estropiée est en pleine période d'organisation. C'est ainsi qu'il a été fondé récemment « *l'Association des Amis des Enfants Estropiés* » de Mexico, dont l'animateur est le Docteur JUAN FARILL.

Les buts de cette association sont :

1° La mise sur pied d'une enquête dans le but de connaître le nombre des enfants estropiés et la gravité de leurs cas.

2° La création d'une clinique pour suivre les enfants qui ne sont pas hospitalisés, dont le but serait de faire d'abord le diagnostic de leur affection et ensuite de les surveiller pendant leur post-cure.

3° La fondation d'une école pour leur instruction spéciale.

4° L'organisation de bureaux pour leur trouver un emploi et pour les aider dans la vie.

6° La fondation d'un hôpital qui leur soit complètement consacré.

Quand cette besogne sera accomplie à Mexico, l'association étendra son action dans toute la République.

Dans cette entreprise, l'association a bénéficié de l'aide des Secrétaires de l'Education Publique et du Département de l'Hygiène qui lui ont accordés toutes facilités pour l'organisation.

Des médecins ont offert leur concours et le Secrétaire de l'Education a mis à la disposition de l'association les maîtres, des locaux, les fournitures et l'équipement nécessaires à l'éducation de 50 enfants estropiés, ainsi que la nourriture et le transport entre l'école et les maisons des élèves.

Le Département de la Santé Publique a même offert une contribution en faveur des enfants estropiés dans le budget de 1937.

Le Président du Parti National Révolutionnaire offrit une aide pécunière, la clinique pour les enfants, et la coopération du parti politique pour patronner ce travail.

NEWFOUNDLAND

La législation de ce pays charge le Bureau de la Santé Publique de la responsabilité de dépister, examiner, traiter, instruire et surveiller les enfants estropiés jusqu'à l'âge de 16 ans. Ce Bureau doit prendre soin de tous les cas dépistés et doit créer des centres orthopédiques. Tout enfant estropié dont les parents sont incapables d'assurer les frais de traitement doit être aidé par le budget public. Des hôpitaux écoles sont prévus pour l'enseignement scolaire.

POLOGNE

Pour une population d'environ 32 millions d'habitants, il y aurait 70.000 enfants estropiés en Pologne. Les adultes et les civils infirmes en dehors des invalides de guerre sont au nombre d'environ 200.000.

Si la Pologne fut un des premiers pays où aient existé des établissements pour infirmes entretenus par des ordres religieux (vers l'an 1250), elle est mal outillée actuellement pour remplir ses devoirs d'assistance dans ce domaine.

Sans doute, les tuberculeux osseux peuvent obtenir une certaine aide et être soignés dans des sanatoria (le mieux installé étant celui de *Bystre* qui comprend des classes d'enseigne-

ment) ; mais, pour les autres, la situation est très mauvaise. Il n'y a que quelques hôpitaux et cliniques orthopédiques. Ce n'est pas que l'on ignore les besoins pressants des estropiés, mais la Pologne démembrée pendant 150 ans entre trois puissants états n'a pu faire face dans tous les domaines aux tâches qui lui ont incombé au lendemain de son indépendance.

Pourtant, en 1923, il fut voté une excellente loi en faveur du traitement des estropiés ; des difficultés financières empêchèrent la mise en application de ce vote.

En 1928, le Professeur WIERZEJEWSKI fonda l'*Association Orthopédique Polonaise* dont certains buts furent réalisés. C'est ainsi que des professeurs assistants d'orthopédie furent créés dans chaque université ; on institua également des examens obligatoires.

En 1933, le Congrès de cette association adopta à l'unanimité un vœu en faveur de la surveillance et du traitement effectif des estropiés. Le grand public resta indifférent.

On fait actuellement un travail de statistique et il doit être prochainement créé sous la protection du Ministère du Travail et de l'Assistance Publique une association semi-officielle pour le traitement des infirmes.

PORTUGAL

Il existe à l'embouchure du *Douro* (Foz de Douro), à 6 kilomètres de *Porto*, la deuxième ville du pays, un centre pour le traitement des séquelles de la maladie de Heine-Medin. Ce centre appelé « *Refuge de la paralysie infantile* » a été ouvert le 23 mai 1926.

Etabli et entretenu grâce à la bienfaisance privée, il possède deux salles de traitement l'une pour la physiothérapie, l'autre pour l'orthopédie. Les résultats obtenus sont très satisfaisants. Le besoin de cet établissement se faisait évidemment sentir dans un pays où il y aurait plus de 8.000 infirmes à la suite de poliomyélites.

Le « *Refuge de la paralysie infantile* » comprend un internat et un externat, et tous les services de cette institution sont entièrement gratuits.

SUISSE

Les premiers débuts de la bienfaisance en faveur de l'enfance estropiée suisse remontent à un médecin vaudois, *Jean-André Venel* qui vécut de 1740 à 1791 et qui soignait dans un institut qu'il avait fondé, à Orbe, les déviations de la colonne vertébrale et les pieds-bots. Ses méthodes furent internationalement reconnues. Il est utile de signaler qu'il fut l'un des premiers, dans son institut destiné uniquement aux enfants, à établir une liaison entre l'institut orthopédique et l'atelier de prothèse. Cet institut d'Orbe semble n'avoir existé que pendant quelques dizaines d'années, de sorte que, pendant environ un demi-siècle, la bienfaisance suisse en faveur des estropiés n'eut aucune activité ; en 1865, une bienfaitrice de Zurich constitua une fondation pour l'entretien et l'instruction des jeunes filles qui, à cause d'infirmités physiques ne pouvaient fréquenter l'école publique. Cette « *Mathilde-Escher-Stiftung* » a établi en 1911, un foyer offrant de la place à 25 jeunes filles environ, mais ces jeunes filles ne doivent avoir besoin d'aucun traitement orthopédique spécial.

Un troisième institut fut fondé à Lausanne, en 1876, sous le nom d'*Hospice Orthopédique de la Suisse Romande*. Ayant connu des débuts modestes, cet hospice a pu établir, il y a environ dix ans, un institut complètement neuf avec 75 lits. L'Hospice Orthopédique est actuellement un hôpital équipé de façon très moderne dans lequel on donne également l'instruction scolaire. Une polyclinique, grâce à des heures de consultations médicales, se consacre à la bienfaisance publique.

En 1909 fut fondée l'*Association Suisse pour les Enfants Estropiés* qui se donna pour but de créer un institut général suisse pour le traitement, l'instruction et la formation professionnelle, nanti d'une clinique orthopédique. Cet institut prend aussi des adultes mais en nombre limité. Dès le début, son organisation s'est fixé les trois buts principaux de la bienfaisance en faveur des estropiés : traitement médical, instruction dans les classes régulières mobiles avec étude du programme de l'Etat, et formation professionnelle prolongeant cette instruction. Le but primitif qui prévoyait l'admission de malades ayant besoin de soins permanents à côté des malades en trai-

tement ne put être réalisé, car toutes les places disponibles furent occupées par des malades en traitement pour un laps de temps limité.

Il existe encore d'autres instituts suisses s'occupant du traitement des estropiés ; par exemple, le « *Regens-Meyer-Heim* », de Lucerne avec 40 à 50 places et « *l'Orthopädische Institut und Wilhelm Schulthess-Stiftung* », Zürich avec 40 places. Il faut encore signaler un foyer pour différents infirmes (affections des organes des sens combinées avec d'autres infirmités physiques ou intellectuelles) avec environ 70 places. Tous ces instituts sont interconfessionnels, aucun n'est public.

De plus, dans ces dernières décades, les stations suisses d'altitude ont installé dans les sanatoria publics des sections fermées pour tuberculoses osseuses et articulaires.

Voici la liste d'un certain nombre d'établissements où les estropiés peuvent être éduqués professionnellement :

Garçons :

Thurgau : Maison de Travail.

Zürich : Maison de Travail de Wangen.

Saint-Gall : Ateliers de travail pour les accidentés du travail.

Berne : la Maison Suisse pour l'éducation.

Toggenburg : la Maison des élèves de l'Institution St-Jean.

Bâle : Ateliers de tissages balois.

Filles :

Zürich : Maison de travail de Pfäffikon.

Thurgau : Etablissement de tricotage d'Obersommeri.

Schaffouse : la Maison Anna Stocker.

Il n'existe pas en Suisse de dispositions législatives en faveur des estropiés. Toutefois les dispositions de la loi sur la tuberculose intéressent en fait et pratiquement tout le système de bienfaisance en faveur des estropiés. En effet ces dispositions législatives pour combattre la tuberculose ordonnent l'examen médical obligatoire des écoliers de la moindre école communale de Suisse. Si, conformément à la loi, le médecin scolaire a la tâche de dépister en premier lieu les enfants tuberculeux ou menacés de tuberculose, il poursuit encore, selon le sens tacite de la loi, le but subsidiaire d'étendre le service scolaire médical au domaine entier des soins à donner à tous les écoliers. Ainsi chaque enfant atteint d'une infirmité physique ou psychiques est repéré par le service médical. Du côté officiel,

les organismes chargés de prendre les mesures de bienfaisances en faveur des enfants estropiés sont les fonctionnaires pour la jeunesse, les autorités de la tutelle ainsi que les autorités locales.

Il existe en Suisse d'excellentes institutions de bienfaisance privées qui fournissent un travail de valeur dans le domaine de la bienfaisance en faveur de l'enfance en général, et de l'enfance estropiée en particulier. Ces institutions indiquent aux parents, ou à leurs représentants légaux, les démarches à effectuer en faveur de l'enfant, ou au besoin les font elles-mêmes. Parmi elles, il faut surtout citer la fondation « *Pro Juventute* » ainsi que les centres cantonaux ou urbains d'aide aux estropiés.

L'Association Suisse en faveur des Infirmes et des Anormaux (Pro Infirmis, Kantonsschulstrasse, 1, Zürich) groupe toutes les associations pour infirmes et anormaux de la Suisse. La Commission Suisse d'assistance aux estropiés et aux invalides groupe l'Association Suisse en faveur des Enfants Estropiés et diverses associations locales ; de plus elle accorde des secours individuels.

Comme on le voit, la tâche est partagée en Suisse entre la bienfaisance privée et celle de l'Etat. Les deux sont organisées dans le but conscient de se compléter réciproquement.

TCHÉCOSLOVAQUIE

(Avant le 30 septembre 1938)

Prophylaxie. — La Tchécoslovaquie a fait un très gros effort dans le domaine de la prophylaxie. Chaque année au printemps, une nouvelle campagne de propagande est menée avec l'aide des autorités. Dans les écoles, des lectures sont faites et des explications sont données sur les causes d'infirmités de l'appareil locomoteur.

Dépistage. — En coopération avec d'autres branches de travail social, des centres de dépistage sont ouverts dans tout le pays. On y examine les enfants gratuitement et ceux qui présentent des déficiences d'ordre physique ou psychique sont envoyés pour examen médical approfondi dans les cliniques d'Université et dans les établissements dépendant de la Santé Publique.

Les fiches de ceux qui demandent l'assistance sont rassemblés aux bureaux provinciaux pour le traitement des estropiés. Ce matériel est complété chaque année par des données statistiques provenant des écoles. Au dernier recensement de la population tchécoslovaque, le nombre des estropiés a été déterminé, mais nous n'en possédons pas les chiffres.

Traitement. — La République Tchécoslovaque possède des cliniques à trois universités : Prague, Bratislava, Brno. Le nombre des lits réservés au traitement orthopédique a été augmenté pendant ces dernières années. D'accord avec l'Institution d'Etat pour la Santé, *l'Institut pour les Difformes* à Brno a établi une colonie de travail pour les estropiés gravement atteints qui ont donné leur sang pour faire du sérum antipoliomyélitique.

Le nombre des institutions spéciales a été augmenté de telle sorte que chacune des quatre provinces de la République a son institution centrale propre. Les plus anciennes, par exemple celle de Brno, ont ajouté de nouveaux bâtiments.

Ces institutions appartiennent à des œuvres privées unies dans une organisation d'Etat. Les maîtres sont groupés dans une *Fédération Nationale des Professeurs pour Enfants Anormaux*. Les médecins spécialistes sont groupés dans l'*Association Orthopédique Slave* qui comprend également les orthopédistes de Yougoslavie.

Education. — Elle fait des progrès dans la mise au point des méthodes pédagogiques. De bons résultats ont été obtenus dans les classes pour enfants hospitalisés.

Apprentissage. — En raison du fléchissement des naissances pendant la guerre, il y a eu une forte demande d'apprentis. Mais les ouvriers ont élevé une énergique protestation contre les ateliers spéciaux fondés pour employer les estropiés.

Placement. — Des résultats satisfaisants ont été obtenus malgré l'augmentation du chômage. On doit mentionner la création par le magnat de la chaussure, Batta, d'un système de logements pour ses ouvriers estropiés.

Cependant la loi tchécoslovaque n'a pas encore accordé d'avantages spéciaux aux ouvriers difformes.

Des associations de volontaires aident les estropiés non hospitalisés. Par exemple, il est donné des membres artificiels aux estropiés nécessiteux.

Institut des Estropiés de Brno-Kœnigsfeld

Cet établissement privé construit en Moravie par l'Union Nationale pour le traitement et l'éducation des estropiés est entretenu par cette société avec le concours de l'Etat et comprend deux sections, une d'enseignement, une d'hospitalisation.

A) *Section d'éducation.* — Elle comprend 80 lits : le dortoir des apprentis en compte pour sa part 60 et 26 garçons plus âgés sont logés autour de l'établissement.

Les progrès de cette section ont été très rapides ; en mai 1920, il y avait seulement huit enfants ; jusqu'à mai 1931, 1.000 enfants ont été instruits. L'école a trois classes et une section hospitalière. L'internat des enfants vient d'être accru de deux vastes bâtiments. On enseigne dans l'établissement 16 professions différentes.

Les estropiés sortis de l'école embrassent les professions suivantes : artisans, secrétaires particuliers, ouvriers de fabrique, employés de greffe, chefs de services ou surveillants, gardes-malades, cuisinières, vendeurs, professeurs.

B) *Section hospitalière.* — Elle répond à deux besoins :

1° Les élèves de l'école et de la section d'apprentissage y sont soignés ;

2° Les estropiés adultes sans ressources y reçoivent également les soins que leur état nécessite.

URUGUAY

A la suite d'une enquête ayant montré que 0,72 % des écoliers étaient atteints de défauts physiques plus ou moins prononcés, il a été créé une école pour enfants rachitiques, estropiés ou blessés. Cette école était prévue dans un plan du Professeur *Verdesio* qui tendait à résoudre le problème de l'enfance estropiée d'Uruguay dans son ensemble.

A la suite d'importantes épidémies de poliomyélite, on créa en 1927 un établissement de traitement, car la section physiothérapeutique de l'Hôpital *Pereira-Rosell* s'était révélée insuffisante. Le nouvel établissement s'occupe du traitement et de

l'enseignement des enfants qui viennent en majeure partie de la campagne.

Le traitement ambulant touche plusieurs centaines d'enfants dont la plupart souffrent de séquelles de poliomyélite, les autres étant atteints d'hémiplégie, de myopathies, de maladies de Little.

En 1934, il a également été créé une section d'orthopédie. Un institut de 200 lits doit donner dans un avenir prochain, en même temps que le traitement, l'enseignement scolaire et professionnel des enfants.

U. R. S. S.

Nous avons reçu du *Bureau d'Information Sanitaire pour l'Etranger* les seuls renseignements suivants :

« Le système de l'Assurance Sociale de la R. S. F. S. R. comprend des maisons d'enfants pour les infirmes, où sont interdits l'appareil moteur ; 30 à 40 % proviennent des suites graves de l'appareil moteur. 30 à 40 % proviennent des suites graves de la paralysie infectieuse molle. Dans les maisons d'enfants un travail complexe est effectué : traitement, prothèse, travail éducatif et enseignement professionnel. A la sortie des maisons les enfants (adolescents déjà) commencent à travailler ou continuent leur éducation générale ou spéciale.

En vue du traitement opératoire des élèves des maisons d'enfants et de la direction méthodique du traitement dans les maisons, le Commissariat du Peuple à la Santé Publique possède une clinique de recherches scientifiques de 80 lits. Cette clinique est le lieu de perfectionnement des médecins de maisons d'enfants.

En vue de la formation des cadres pour le travail concernant les enfants infirmes dans les maisons d'enfants (éducateurs, pédagogues, instructeurs de travail, personnel médical moyen), il existe dans le système de Commissariat du Peuple de l'Assurance Sociale, une maison d'enfants à 120 places.

Un travail pareil est développé dans toutes les Républiques de l'U. R. S. S. »

France

L'ORGANISATION FRANÇAISE DE BIENFAISANCE EN FAVEUR DES ENFANTS ESTROPIÉS LEGISLATION CENTRES DE TRAITEMENTS

A) LÉGISLATION.

Pour la rédaction de ce chapitre, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire très largement le travail de Mademoiselle Suzanne Fouché, publié en 1933, en tenant compte des modifications de détail que le législateur a apportées depuis cette date.

En ce qui concerne l'enfant malade, la situation est assez simple et satisfaisante. Si les parents privés de ressources sont inscrits sur la liste d'assistance, l'enfant est soigné aux frais de l'Assistance Médicale Gratuite. (Loi du 15 juillet 1893 modifiée par le décret du 30 octobre 1935 et la circulaire ministérielle du 10 février 1937).

Donc pour toute infirmité acquise, la période aiguë de l'affection tombe sous le coup de cette loi et l'enfant peut être soigné; les services d'enfants des hôpitaux reçoivent les malades aigus, les accidentés; les rachitiques en évolution sont envoyés dans les sanatoria hélio-marins ou dans les hôpitaux orthopédiques; les tuberculeux osseux ressortissant des Lois spéciales sur le soin des tuberculeux (Loi *Honnorat* du 7 septembre 1919).

Pour les infirmes congénitaux, luxations, pieds-bots, etc., les soins chirurgicaux sont également donnés aux frais de l'Assistance Médicale Gratuite dans les sections d'hôpitaux généraux... Bien rarement à temps d'ailleurs, surtout dans les campagnes et pas toujours avec la compétence qu'il faudrait.

Lorsqu'un appareillage est nécessaire, les parents doivent pouvoir l'obtenir sur présentation d'un certificat d'indigence

au Bureau de Bienfaisance, mais le secours attribué est généralement insuffisant en regard du prix élevé des appareils, et le renouvellement périodique de l'appareillage d'enfants qui grandissent soulève avec les Bureaux de Bienfaisance des difficultés presque toujours insolubles... A Paris seulement le centre d'appareillage de Cochin délivre tous les appareils jugés utiles sur un crédit spécial attribué au service.

La Loi du 5 avril 1928 sur les Assurances Sociales prend à sa charge une très grande part des frais couverts autrefois par l'Assistance Médicale Gratuite. Les enfants des assurés sociaux sont soignés aux frais des caisses, suivant l'article IV de la loi : « L'Assurance-Maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure, et les frais de transport, d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint, leurs enfants à charge non salariés âgés de moins de 16 ans et les Pupilles de la Nation remplissant les mêmes conditions dont l'assuré est le tuteur ». Pour les infirmes congénitaux, les assurés sociaux, d'après une jurisprudence intervenue en novembre 1931 et au terme de l'article 29 du règlement d'administration intérieure des Caisses primaires de répartition, ont droit d'obtenir le remboursement des frais d'appareils pendant les trois mois qui suivent la première constatation médicale de l'infirmité.

Mais il vient un jour où l'enfant est médicalement guéri, où l'infirmité qui lui reste n'a plus rien à gagner d'un séjour dans un service d'aigus. Ne pouvant plus être considéré comme malade, il n'émerge plus au budget de l'A. M. G. Comment donc ses parents s'ils sont privés de ressources seront-ils aidés pour lui donner les soins constants et l'éducation qui lui seront nécessaires ?

Jusqu'à ce que l'enfant ait 14 ans, ce n'est qu'au titre de *Famille Nombreuse* (c'est-à-dire s'ils ont plus de trois enfants de moins de 14 ans) que les parents recevront l'allocation prévue par la loi du 14 juillet 1913, allocation dont le taux est fixé suivant les communes entre 270 et 300 francs par an et par enfant (article 162 de la loi du 11 juin 1926). Ce n'est que depuis la loi du 31 mars 1931 (article 102) que « sont

assimilés aux enfants de moins de 14 ans les enfants de moins de 16 ans pour lesquels il sera justifié... qu'ils sont infirmes ou atteints d'une maladie incurable, sauf le cas où ils seraient hospitalisés aux frais de l'Etat, du Département ou de la Commune. »

Ainsi pour le petit infirme, les parents ne toucheront pas plus que pour ses frères et sœurs.

Comment la législation permettra-t-elle d'aider les parents indigents n'ayant pas droit aux allocations de familles nombreuses ? Rien n'est prévu pour eux sauf une dérogation facultative à la *Loi du 27 juin 1904*. Celle-ci réglemente le sort des *Enfants Secourus* (article 7). En principe, le *secours temporaire préventif de l'abandon*, n'est accordé qu'aux mères délaissées, aux veufs et aux veuves. Mais les secours étant fixés par le Conseil Général de chaque Département, il arrive que les parents pauvres d'un infirme soient autorisés à en bénéficier, justement à titre préventif de l'abandon. A Paris le Service des Enfants Secourus est assez large sur ce point.

La *Loi du 22 juillet 1923*, dite d'Encouragement national aux familles nombreuses assimile également les enfants de moins de 16 ans infirmes et incurables à ceux de moins de 14 ans dans les mêmes conditions que précédemment. Les parents touchent alors : 120 francs pour le premier enfant bénéficiaire, 360 francs pour le deuxième, 540 francs pour le troisième et chacun des suivants (*Loi du 16 avril 1930*, article 174 et 175).

Enfin si les parents, grands-parents ou autres ascendants ont quelques ressources, ils doivent à leur descendant infirme, quel que soit l'âge de celui-ci, une *pension alimentaire*, proportionnée à ses besoins et à leur fortune (article 203, 204, 208 du Code Civil).

Nous en venons maintenant à la *loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables privés de ressources*, c'est-à-dire à celle qui, seule, concerne directement les cas qui nous occupent.

Cette loi a été modifiée par les décrets du 30 juin 1934, du 30 octobre 1935, du 17 juin 1938.

L'article premier de cette loi, modifié par l'article 172 de la loi du 16 avril 1930, fixe ainsi ses ressortissants : « Tout

Français, privé de ressources, soit âgé de plus de 70 ans, soit atteint, à partir de l'âge où cesse l'obligation scolaire, d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable qui le rend incapable de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence, reçoit l'assistance instituée par la présente loi. »

Nous insistons sur ce point à savoir que cette loi n'est applicable qu'à partir de l'âge de 14 ans — date de cessation de l'obligation scolaire — de telle sorte que les enfants plus jeunes en sont exclus. Nous touchons là à une très grosse lacune de notre législation en faveur de l'enfance estropiée.

Seuls les enfants âgés de moins de 14 ans considérés comme aliénés peuvent bénéficier de la loi du 30 juin 1838 et être internés. Sans doute certains Conseils généraux assimilent-ils bénévolement les enfants estropiés aux enfants envoyés en préventorium ; ils ont été aidés en cela par les deux documents dont nous allons donner le texte.

Le premier de ces documents est une lettre du Ministère de la Santé Publique aux préfets, lettre datée du 11 janvier 1933 ainsi conçue : « Après enquête ordonnée par moi en 1930 et me signalant qu'environ 12.000 impotents assistés selon la loi de 1905 pourraient être récupérés, j'en conclus qu'une charge trop grande était imposée à l'Assistance que nous devons alléger. Sur l'avis extrêmement favorable de M. L. MOURIER, directeur de l'A. P., sur les moyens de récupération fonctionnelle en vigueur dans un service de la Salpêtrière devant être considérés comme très efficaces, nous vous engageons à examiner chacun des cas de nos grands impotents et de faire l'effort nécessaire pour les envoyer dans ce service ou dans un établissement similaire, les frais de ces soins devraient-ils être plus élevés momentanément que l'assistance accordée. »

Le deuxième document est une circulaire ministérielle du 23 novembre 1936 relative au placement des enfants arriérés dont nous extrairons seulement le passage qui nous intéresse :

« Le Ministre de la Santé Publique à MM. les Préfets,

Notre attention a été appelée par plusieurs préfets sur le fait de savoir dans quelles conditions pourrait être effectué le placement d'enfants arriérés rééducables ou irréducables, d'enfants en danger moral et d'enfants présentant des séquelles irréductibles ou partiellement réductibles de poliomyélite... Le

placement des enfants présentant des séquelles graves de poliomyélite me semble pouvoir être réalisé dans les mêmes formes et selon les mêmes règles administratives ci-dessus indiquées, c'est-à-dire par voie d'admission à l'Assistance Médicale Gratuite, en attendant qu'ils puissent bénéficier de la Loi de 1905 sur l'Assistance aux vieillards infirmes et incurables. »

Cette circulaire ministérielle (la plupart des parents d'enfants estropiés l'ignorent totalement) constitue, à elle seule, notre arsenal législatif pour le traitement de l'enfance estropiée.

Ceci étant établi, nous allons maintenant exposer en détail les principes de l'Assistance prévue par la loi du 14 juillet 1905, modifiée par les décrets-lois des 30 juin 1934, 30 novembre 1935, 17 juin 1938 et par la circulaire ministérielle du 10 février 1937.

Elle se divise en assistance à domicile et en assistance hospitalière dans un hospice ou chez un particulier.

Assistance à domicile. — Elle s'appuie sur l'article 19 de la loi, article ainsi conçu : « Les vieillards, les infirmes et les incurables ayant le domicile de secours départemental reçoivent l'assistance à domicile. Ceux qui ne peuvent être utilement assistés à domicile sont placés, s'ils y consentent, soit dans un hospice public, ou chez des particuliers, ou enfin dans des établissements publics et privés où le logis seulement, et indépendamment d'une autre forme d'assistance, leur est assuré. Le mode d'assistance appliqué à chaque cas individuel n'a aucun caractère définitif. » et sur l'article 20 (modifié par l'article 171 de la loi du 16 avril 1930) : « L'assistance à domicile consiste dans le paiement d'une taxe d'allocation mensuelle. Le taux de cette allocation est arrêté pour chaque commune par le Conseil Municipal, sous réserve de l'approbation du Conseil Général. Il ne peut être inférieur à 30 francs, ni à moins de circonstances exceptionnelles, supérieur à 60 francs. A ces allocations mensuelles s'ajoute la majoration de 20 fr. par mois à la charge de l'Etat prévue par l'article 124 de la loi du 30 décembre 1928: »

Conditions d'admission.

1° Etre Français, ou Belge, Italien, Luxembourgeois, Polonais, Suisse, Espagnol, ou réfugié porteur du certificat Nansen.

2° *Etre âgé de plus de 14 ans.* Avant 70 ans révolus, le pétitionnaire doit justifier qu'il est atteint d'une affection incurable et incapable, par suite, de subvenir à son existence par son travail. Il doit joindre à sa demande un certificat médical.

3° De ne pas disposer de ressources déductibles égales ou supérieures au taux d'allocation.

Le calcul des déductions s'effectue ainsi qu'il suit :

a) *Sont entièrement déductibles :*

le salaire des personnes non septuagénaires ;

l'aide, même éventuelle, fournie par des personnes tenues à la dette alimentaire ;

les pensions d'Assurances Sociales (art. 19 du décret-loi du 28 octobre 1935) ;

les allocations temporaires des victimes d'accidents de travail (loi du 15 juillet 1924) ;

les majorations d'accidents du travail (loi du 30 avril 1931, article 2).

b) *Sont déductibles par moitié :*

les ressources fixes et permanentes venant de la bienfaisance privée (décret du 30 juin 1934).

c) *Sont déductibles pour partie :*

le salaire des personnes ayant plus de 70 ans ;

les pensions d'ascendants ou les pensions de retraités que s'est acquises l'ayant droit, les ressources provenant de la possession de biens mobiliers ou immobiliers.

Les ressources indiquées dans ce paragraphe n'entrent pas en compte lorsqu'elles ne dépassent pas 400 francs par an si la personne n'a pas élevé trois enfants jusqu'à l'âge de 16 ans et 600 francs dans le cas contraire. L'excédent n'entre en compte que jusqu'à concurrence de moitié.

Assistés ayant besoin de l'aide constante d'une tierce personne. — Ces assistés peuvent demander à bénéficier de la majoration spéciale prévue par l'article 20 *bis* de la loi du 14 juillet 1905 complété par l'article 173 de la loi du 16 avril 1930. Cet article modifié par le décret-loi du 17 juin 1938 est à présent rédigé ainsi qu'il suit :

Article Premier. — L'article 20 *bis* de la loi du 14 juillet 1905 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 20 bis : Les assistés qui, en raison de leur infirmité ont besoin de l'aide constante d'une tierce personne reçoivent en place de l'allocation une majoration fixée à :

2.400 francs dans les communes de moins de 20.000 habitants ;

3.000 francs dans les villes de 20.001 à 50.000 habitants ;

3.500 francs dans les villes de 50.001 à 100.000 habitants ;

4.000 francs dans les villes de 100.001 à 500.000 habitants ;

4.500 francs dans les villes de plus de 500.000 habitants et dans le département de la Seine.

Art. 2. — L'admission au bénéfice des dispositions de l'article 20 bis de la loi du 14 juillet est prononcée par la Commission départementale d'Assistance prévue par l'article 7 du décret du 30 octobre 1935 relatif à l'unification et à la simplification des barèmes d'assistance sauf recours formé dans les conditions prévues au susdit article devant la Commission Centrale d'Assistance.

Ajoutons que les bénéficiaires doivent obligatoirement se soumettre à l'examen d'un médecin désigné à cet effet par l'administration préfectorale.

Donc, pour un enfant estropié incurable de plus de 14 ans, le père ou le tuteur légal de l'enfant doivent adresser une demande au maire président du Bureau d'assistance en y joignant les pièces suivantes :

1° Un certificat médical constatant que l'enfant est atteint d'une infirmité ou d'une affection incurable le mettant dans l'impossibilité de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence ;

2° Un état des résidences occupées pendant la dernière année par les parents de l'enfant (le domicile de secours pour la loi de 1905 s'acquiert par une résidence d'une année dans le département).

3° Un extrait du rôle des contributions délivré par le percepteur de la résidence.

La demande est soumise pour avis au bureau d'assistance et au Conseil Municipal. Le dossier est ensuite adressé au Préfet pour être soumis à la décision de la Commission départementale.

Ainsi, le grand infirme qui, trop souvent, devait rester seul

sur son grabat, tandis que sa mère allait au travail peut, maintenant, être soigné grâce aux dix à seize francs par jour alloués à la famille. Cette allocation compense un peu le gain de celle qui restera à la maison et permet au pauvre infirme de ne pas se sentir un poids démesurément lourd pour les siens.

Mais, il s'agit là de cas rares et la plupart du temps l'enfant, pouvant se traîner, ne sera pas considéré comme ayant besoin de soins constants. Il restera donc seul tout le jour plus ou moins confié aux voisins et les 50 ou 80 francs par mois ne suffisant plus à l'entretenir, il sera conduit un jour à l'asile d'incurables.

Législation concernant la rééducation professionnelle.

L'admission des infirmes dans les écoles de mutilés de guerre est réglemantée par la *loi du 13 avril 1924* :

Article premier: — Les mutilés du travail pourront être admis dans les écoles et autres institutions assurant la rééducation professionnelle des mutilés et infirmes de la guerre en vertu de la loi du 2 janvier 1918, moyennant le remboursement du prix de la journée.

Cette loi ne vise que les accidentés du travail, mais un projet de loi déposé sur le bureau du Sénat tend à en faire bénéficier tous les infirmes quels qu'ils soient. Par tolérance, et trop rarement, ces invalides sont admis dans les écoles de mutilés en attendant le vote de cette loi.

Législation concernant la fréquentation scolaire.

La loi du 28 mars 1882, article 4, rend l'instruction primaire légalement obligatoire pour tous les enfants des deux sexes âgés de 6 à 14 ans révolus. Le principe de l'obligation est général, il s'adresse même aux enfants aveugles et sourds-muets dont l'instruction est assurée par des bourses accordées en cas d'insuffisance des ressources des familles dans des établissements où les enfants peuvent recevoir un enseignement professionnel. Le cas des enfants arriérés est, lui aussi, prévu par la loi du 15 avril 1909. Pourquoi donc le législateur ne s'est-il pas inquiété de l'Enfance Diminuée physique ? C'est qu'en principe, l'école publique est ouverte aux enfants assez valides pour s'y rendre. Mais la question de responsabilité ci-

vile des instituteurs fait trouver à ceux-ci mille raisons pour dissuader les parents de leur confier leurs enfants. En effet, l'article 1384 du Code Civil énonce : « Les instituteurs et les artisans sont responsables du dommage causé par leurs élèves et leurs apprentis pendant le temps où ils sont sous leur surveillance ». Toutefois, (*loi du 20 juillet 1889*), la responsabilité civile de l'Etat est substituée à celle des membres de l'enseignement public. Mais, pour que l'Etat se substitue ainsi à l'instituteur, il faut que l'accident causé par les élèves ne puisse être attribué à un défaut de surveillance du maître. Quant à l'accident survenu à un élève, la loi de 1899 n'apporte aucun adoucissement à la responsabilité de droit commun qui pèse sur l'instituteur. On comprend alors que, pour l'enfant infirme, les risques d'accidents étant multipliés, l'instituteur hésite à assumer cette lourde responsabilité.

Cette loi de 1899 ne s'applique pas aux membres de l'enseignement privé, et l'enfant sera admis moins facilement encore dans les écoles privées.

B) CENTRES DE TRAITEMENT.

Asiles d'incurables.

a) *Publics.* — Il en existe à peu près dans toutes les grandes villes, de même que bien des petits hospices de province reçoivent des incurables. Les enfants y attendent leur majorité ou plus souvent leur seizième année, qui les fera généralement transférer dans un autre asile, mais cette fois-ci, d'adultes.

A *Paris*, l'Assistance Publique dispose à la *Salpêtrière* de 40 places pour fillettes incurables et à *Bicêtre* de 30 places pour garçons. La ville de *Lyon* possède un service spécial au *Perron* et à *Montchat*.

b) *Privés.*

L'*Asile Sainte-Germaine*, 56, rue Desnouettes, à *Paris*, tenu par les Sœurs Hospitalières du Sacré-Cœur (90 lits).

Les asiles des *Franciscaines de Notre-Dame de la Compassion à la Devèze*, par *Pierrefort* (Cantal). — A *Miribel*, par *Saint-Hyppolite du Fort* (Gard). — A *Rolleville* (Seine-Inférieure).

Les *Asiles John Bost de la Force*, en Dordogne, qui reçoivent plus de 400 infirmes et anormaux.

Centres de Diagnostic. — La France n'en possède pas à proprement parler. Seuls en font office, à Paris, le *Service de Neurologie* du Docteur Guillaïn et le *Centre de Triage du dispensaire de l'Aide aux Enfants Paralysés*, à Paris, ainsi que les consultations externes des hôpitaux.

Etablissements de traitements. — En dehors des sections orthopédiques des hôpitaux généraux, il y a, en France, pour les tuberculeux osseux, l'un des centres les plus importants du monde sinon le plus important, nous voulons parler de Berck. Mais, les tuberculeux osseux sont des malades et non des estropiés, sauf, toutefois, lorsqu'il leur reste des séquelles et, à ce moment-là, ils ne sont plus en traitement. Il est donc difficile de parler de Berck et des autres sanatoriums marins dispersés sur les côtes de France comme des centres pour estropiés. Signalons, en passant, qu'il n'y a que peu de choses de prévu pour l'instruction et l'enseignement professionnel des tuberculeux osseux en traitement.

Au contraire, à l'*Hôpital Renée Sabran*, de Giens, des heures sont consacrées au travail obligatoire et surveillé ; cette expérience se poursuit d'une façon très heureuse et avec des résultats très satisfaisants au *Sanatorium Interdépartemental Héliomarin de Costebelle*, à Hyères, où des poliomyélitiques sont pris en traitement.

Deux seuls hôpitaux orthopédiques, à notre connaissance, en dehors de ceux du littoral ; l'*Hôpital Stéphanie*, à Strasbourg, pour les enfants estropiés des deux sexes, et l'*Hôpital Suburbain des Enfants*, de Boucaut-Bordeaux, où, par la gymnastique et l'électricité médicale, on s'emploie à rééduquer l'enfant estropié.

A l'Assistance Publique de Paris, est rattaché le *Service de Récupération fonctionnelle de la Salpêtrière*. Ce service est dirigé par le Docteur Bibot, qui y rééduque et y appareille les grands paralysés.

Enfin, il existe à Paris et dans la région parisienne un certain nombre d'œuvres privées qui s'occupent des estropiés. Ainsi : le *Dispensaire de récupération pour impotents*, 20, rue Cambronne, Paris ; l'*Aide aux Enfants Paralysés*, 1, rue de la

Croix-Faubin, Paris (11°), qui est un centre de traitement pour les paralysies curables de l'enfance ; on y donne consultations, traitements externes pour les enfants de Paris, avec hospitalisation pour les enfants de Province. Cette œuvre précédemment installée 7, rue Wilfrid-Laurier, a donné, en ce lieu, de décembre 1932 à avril 1936, 260 consultations et 5.515 séances individuelles de gymnastique et de rééducation. Depuis octobre 1938, ce centre s'est adjoint un service d'électrothérapie dirigé par le Docteur D'HEM. Dans le nouvel immeuble, trois étages de chambres et de chambrettes permettent l'hospitalisation régulière d'une cinquantaine d'enfants. Au dernier étage de l'immeuble est organisée une vaste salle, gaie, claire, ensoleillée, où, avant et après les séances de traitement et en dehors des heures qu'ils doivent passer dans leurs lits, les enfants vivent, jouent, suivent des exercices destinés à perfectionner leur langage et à compenser leur manque de scolarité. Ce centre n'admet ni les enfants atteints de malformations ou de troubles du mouvement liés à des manifestations seulement osseuses ou articulaires, ni les enfants anormaux ou déficients du point de vue mental.

La *Clinique de récupération fonctionnelle* du Docteur BIDOU, 24 bis, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine, est organisée pour recevoir les paralysés durant le temps de leur appareillage. Ils ne quittent la clinique que rééduqués fonctionnellement.

La *Colonie Saint-Fargeau*, par Ponthierry (S.-et-M.), fondée par Madame DELPECH-POIDATZ hospitalise les enfants paralysés. Elle est située près de Paris, en pleine campagne. Les enfants y suivent un traitement principalement mécanothérapique ; un chirurgien est attaché à l'établissement. La Colonie n'a que trente lits dont dix réservés à l'Assistance Publique.

Le *Centre des Amis des Paralysés* d'Aix-les-Bains, où se trouvent d'excellentes installations mécanothérapiques et électrothérapiques.

Centres où l'instruction est donnée. A l'Aide aux Enfants paralysés, à Saint-Fargeau, à Stéphanie, à Bordeaux, la classe est faite aux petits en traitement. A Paris et pour les Services de chroniques, la *Classe à l'Hôpital* (3, avenue Victoria), rend de très grands services.

Une fondation municipale de la ville de Bordeaux serait à imiter partout : *l'Ecole pour les Jeunes Infirmes* fondée en avril 1925, rue Hamel. Une auto va chaque jour prendre chez eux les petits et les y ramène le soir. L'école est gratuite. La cantine est payante suivant les cas. Les enfants sont une fois par semaine, examinés par un médecin. Ils reçoivent gratuitement les soins et les médicaments ainsi que l'appareillage orthopédique. On s'occupe de leur orientation professionnelle.

Etablissements donnant l'enseignement professionnel.

L'Asile des Frères de Saint-Jean de Dieu, 223, rue Lecourbe, à Paris, pour les jeunes garçons de Paris et de la région parisienne. 400 enfants y sont accueillis et la gratuité est la règle. Les enfants ne sont admis que de 5 à 12 ans et gardés jusqu'à 20 ans. Ils ne doivent pas être arriérés mentaux et les études élémentaires sont très proches de la normale. A 14 ans, ils apprennent un métier : reliure, cordonnerie, coupe et confection des vêtements. Mais, à 20 ans, les enfants incapables de gagner leur vie, doivent, trop souvent, quitter cet asile pour l'asile départemental d'incurables.

L'Asile Sainte-Mathilde, 42, avenue du Roule, Neuilly, est l'équivalent pour les filles du diocèse de Paris (350 places) ; mais là, les jeunes infirmes, une fois admises, peuvent rester indéfiniment.

La providence des Infirmes de Sainte-Elisabeth, à Lyon, recueille les jeunes infirmes pouvant se livrer à un travail facile. A l'entrée, on demande 150 francs et un trousseau.

Toutes ces maisons ont nettement le caractère d'asiles d'incurables.

L'institution de la rue Lecourbe a été complétée en 1935 par celle de *Doulon*, dans la Loire-Inférieure, et celle de *Villetetretre*, créée en 1936 et située à 50 km. de Paris ; ce dernier établissement doit construire 14 pavillons au milieu d'un vaste domaine d'un millier d'hectares de bois, d'étangs et de terres de cultures. Dans ces pavillons doivent être soignées toutes les catégories d'enfants anormaux.

Le principe de *l'Institut départemental de perfectionnement de l'enfance infirme* à Yvetot (Seine-Inférieure), est de mettre tout en œuvre pour récupérer l'enfance diminuée. Malheureusement, sur un total de 270 enfants, les estropiés forment un îlot perdu au milieu des arriérés et des retardés.

Le seul établissement qui ne soit pas un asile, mais une école professionnelle au sens propre du mot, est le *Centre d'Apprentissage de la Folie*, Berck-Ville (Pas-de-Calais), dépendant de la Fondation franco-américaine. Les enfants y apprennent des métiers normaux : jardinage, menuiserie, cordonnerie, horticulture, agriculture. Il peut contenir 80 garçons de 13 à 16 ans recrutés parmi les anciens malades, osseux, paralysies infantiles, enfants délicats. Seuls, les enfants atteints d'impotence fonctionnelle des membres supérieurs non rééducables ne peuvent être admis. L'apprentissage est sanctionné par un examen d'aptitude professionnelle passé sous les auspices du Ministère de l'Agriculture. Des cours d'enseignement général (deux heures par jour) sont donnés à tous les élèves. Les enfants sortant des sections horticoles et agricoles sont facilement placés. Les cordonniers s'installent quelquefois, à leur sortie de l'école, à la campagne et y gagnent bien leur vie. Seuls les élèves de la section menuiserie sont difficiles à placer en raison de la crise.

Enfin, sur un plan un peu particulier, signalons que le 23 mars dernier a eu lieu dans la salle des conférences du Musée Social, la séance inaugurale de l'*Institut International de Récupération Fonctionnelle et Professionnelle*.

Cet Institut, placé sous la direction de M. le Docteur Gabriel Bibou, donne un enseignement au siège même et par correspondance ; cet enseignement, qui s'adresse aux médecins praticiens, aux médecins de compagnies d'assurances ou de grandes industries, aux médecins contrôleurs des Assurances sociales, aux éducateurs physiques et aux orientateurs, repose sur une base scientifique, l'énergamétrie, méthode de mesure du travail humain inventée par le Docteur Bibou, ceci pour le plus grand bien des infirmes (paralytiques, estropiés et accidentés du travail). Des travaux pratiques ont lieu dans les services de l'Assistance Publique et à l'Hôpital Sainte-Isabelle de Neuilly.

Nous donnons enfin la liste des Ecoles de rééducation professionnelle de l'Office National des Combattants et Mutilés. Elles reçoivent les infirmes congénitaux ou à la suite de maladies, à titre exceptionnel et dans la mesure des places disponibles ; il faut, de plus, qu'ils soient âgés d'au moins 14 ans et qu'ils soient capables d'accomplir, seuls, tous les actes essentiels de la vie. Aucun traitement n'est donné.

Les demandes doivent être adressées au préfet dans le ressort duquel se trouve le domicile du postulant. Les indigents sont reçus à la charge de la collectivité.

L'Ecole de rééducation professionnelle de l'Office National des combattants et mutilés, 30, rue du Hamel, Bordeaux. Voici la liste des professions enseignées : ajustage, tournage, ferblanterie, étamage, chaiserie, vannerie, cordonnerie, menuiserie, reliure, cartonnage, radio-électricité, enseignement commercial, coiffure, etc.

L'Ecole de rééducation professionnelle, 13, rue Rondelet, Montpellier. Prix de journée : 20 francs. Cordonnerie, menuiserie, ébénisterie, ajustage et tournage sur métaux, reliure, cartonnage, coiffure, vannerie, etc.

L'Ecole de rééducation professionnelle, 3, place Sainte-Melaine, Rennes. Prix de la journée : 20 francs. Cordonnerie, saboterie, vannerie, tailleur, horlogerie, ferblanterie, menuiserie, reliure, peinture, jardinage, enseignement général.

L'Ecole de rééducation professionnelle, 35, rue du Général-Sarrail, Roubaix. Radio-électricité, horlogerie, menuiserie, ébénisterie, tournage, mécanique, ferblanterie, cordonnerie, vannerie, enseignement commercial.

L'Ecole de rééducation professionnelle, Ribecourt (Oise). Chaiserie, vannerie, cordonnerie, jardinage, petit élevage.

L'Ecole de rééducation professionnelle, 39-43, rue Challemel-Lacour, Lyon-Gerland (Rhône). Tournage, ajustage, réparation de bicyclettes, autos, menuiserie, enseignement général.

L'Ecole de rééducation professionnelle, 5 bis, rue Neuve-Saint-Etienne, Limoges. Cordonnerie, vannerie, coiffure, coupe, couture.

L'Ecole de rééducation professionnelle, de Clermont-Ferrand.

L'Ecole pratique de rééducation professionnelle des mutilés de la région parisienne, 12, rue du Val-d'Osne, Saint-Maurice (Seine).

Oeuvres de solidarité en faveur de l'Enfance Estropiée.

Les Amis des Impotents Récupérés, 24, boulevard du Château, Neuilly, association fondée grâce au dévouement du Docteur Bibou a pour but d'aider les impotents récupérés à gagner leur vie et à reprendre au foyer familial ou dans la société la place à laquelle ils ont droit.

Les Amis des Petits Malades, 3, place de la Bourse, Lyon, s'occupent de la surveillance des enfants infirmes et de leur orientation professionnelle.

L'Aide aux Enfants Paralysés, fondée par Madame Bertin-Hugault, rattachée à l'œuvre de la rue de la Croix-Faubin, dont nous avons parlé plus haut.

Les Amis des Paralysés, 175, boulevard Saint-Germain, Paris.

La Ligue pour l'Adaptation au Travail du Diminué Physique, 6, rue de Seine, Paris, dont la secrétaire générale est Mademoiselle Suzanne FOUCHÉ, s'occupe non seulement de l'estropié, mais encore de tout sujet qui, pour une raison quelconque d'infériorité physique ne peut gagner sa vie. Cette Ligue s'occupe ainsi du tuberculeux pulmonaire à sa sortie du sanatorium, du cardiaque qui doit se ménager. Fidèle à ce principe, Mademoiselle Suzanne FOUCHÉ, qui est un prodige d'activité, fonde, actuellement, dans un certain nombre de villes françaises, des ateliers où les malades peuvent reprendre peu à peu le rythme du travail normal.

C'est la Ligue de Mademoiselle Suzanne FOUCHÉ qui constitue, nous le rappelons, la Section Française de la Ligue Internationale pour l'Enfance Estropiée.

Enfin, l'*Association des Paralysés*, fondée par quatre d'entre eux, s'est assignée pour but d'aider ses membres à être aussi peu que possible à charge de la Société en leur donnant des facilités de traitement, d'appareillage, d'instruction et d'éducation professionnelle. Cette Association, dont le siège est 28, rue Bonaparte, Paris, a pour Président, M. André TRANNOY, licencié ès-lettres, paralysé lui-même, et pour Vice-Président M. le Docteur CHEVRIER, chirurgien des hôpitaux de Paris. Chaque mois, elle fait paraître son journal, *Faire-Face*, rédigé presque uniquement par des paralysés.

LA GRANDE PITIE DES POLIOMYELITIQUES, EN FRANCE

Il est certain que dans ces dernières années, le nombre des cas de poliomyélite a été en augmentant dans un grand nombre de pays du monde. Sans doute, les méthodes de diagnostic se sont-elles perfectionnées, mais nous ne croyons pas que ce soit suffisant pour expliquer cet accroissement qui, en Allemagne, par exemple, de 1905 à 1925 a atteint 50 %.

Nous l'avons déjà dit, sur la foi des statistiques publiées par la S. D. N., la France paraît moins touchée que les autres pays du vieux continent. Nous nous sommes élevés contre cette conclusion. Nous ignorons de quels moyens d'enquête dispose l'organisme genevois, et par suite quel degré de confiance on doit accorder aux chiffres avancés, mais nous nous proposons de démontrer qu'ils sont très probablement en-dessous de la vérité.

M. Marcel MOYNE, statisticien du Comité National de Défense contre la Tuberculose, interrogé par M. le Professeur PETTIT, sur le nombre des cas de poliomyélite en France, n'hésite pas à déclarer qu'il a rencontré des *lacunes dans la recherche de la fréquence de cette affection* et que, pour les années 1928 et 1929, *la déclaration des cas de poliomyélite est manifestement inférieure à la réalité.*

Mais, voici mieux encore : Dans sa séance du 6 novembre 1934, l'Académie de Médecine entendit un rapport du Docteur STILLMUNKÈS, de Toulouse, sur l'organisation de la défense antipoliomyélitique dans le Sud-Ouest de la France. Constatant la *carence des déclarations obligatoires*, le Docteur STILLMUNKÈS déclarait à cette époque : « Pour remédier à cette insuffisance des déclarations, une enquête personnelle est commencée dans 18 départements ; même terminée, elle restera incom-

plète et entachée d'erreurs. Toutefois, dans les seuls départements de la Haute-Garonne, du Gers, du Tarn, du Tarn-et-Garonne, de l'Ariège et du Lot, 87 cas depuis 1930 ont été retrouvés d'une manière très précise alors que les déclarations officielles n'en totalisent qu'une très minime partie. Ce chiffre est encore vraisemblablement au-dessous de la vérité. Pour le seul département de la Haute-Garonne, 2 cas seulement suivis de décès ont été déclarés depuis janvier 1934 ; or, depuis septembre 1934, 12 demandes de sérum ont été satisfaites par le *Centre de Sérothérapie* de Toulouse et 8 fois le sérum a été donné à des médecins du département. Ces données qui seront publiées intégralement quand l'enquête épidémiologique sera terminée, montrent que la poliomyélite est plus fréquente que ne le disent les statistiques officielles. »

Membre de l'*Association des Paralysés*, nous connaissons pour notre part, de nombreux cas où l'affection n'a pas été déclarée.

Après de telles constatations que toute enquête minutieuse et impartiale peut confirmer, les Pouvoirs Publics ne peuvent justifier par le petit nombre de cas déclarés, leur carence en matière d'organisation antipoliomyélitique.

Ils ne peuvent, non plus, se baser sur la prétendue incurabilité de l'affection. Nous pouvons, à cet égard, citer la phrase du Professeur Nicod, de Lausanne : « Que de paralytiques infantiles, abandonnés autrefois à leur triste infirmité, qui peuvent, maintenant, être transformés par les méthodes physiothérapiques et orthopédiques, avec ou sans intervention sanglante, lorsqu'on les emploie judicieusement. »

La statistique publiée sur les résultats obtenus dans les hôpitaux de Californie est également convaincante : « Les rapports de l'*Hôpital Orthopédique de Los Angeles*, montrent que 65 % des paralysés qui y ont été soignés sont fonctionnellement guéris, 30 % définitivement améliorés ; 5 % seulement sont restés inchangés. »

A vrai dire, un argument plus simple encore peut être apporté : si, entre 1920 et 1924, 4.463 infirmes à la suite de poliomyélite ont été soignés en Prusse, peut-on penser que nos voisins d'Outre-Rhin l'ont fait par charité pure ? Tant d'autres Etats employeraient-ils des moyens puissants, accrus sans cesse, si les résultats étaient désastreux ?

Nous avons observé comme règle dans ce travail de parler le moins possible de la thérapeutique proprement dite, mais nous ferons une exception en ce qui concerne celle de la Maladie de Heine-Medin. Il nous paraît utile, en effet, de rappeler, selon le mot du Professeur MOLLARET, « *qu'il y a peu d'affections qui nécessitent une telle dispersion des efforts thérapeutiques.* »

En un bref tableau, nous allons exposer la richesse des ressources, hélas inégalement efficaces, qui peuvent être opposées à la poliomyélite. Cette maladie nécessite la mise en œuvre :

1° D'un traitement anti-infectieux spécifique (sérum de Petit, sérum de convalescents, etc) ;

2° D'un traitement anti-infectieux non spécifique (salicylate de soude, uroformine, etc...) ;

3° D'un traitement des troubles cardio-respiratoires (appareil de Drinker et ses succédanés) ;

4° D'un traitement des paralysies et des troubles trophiques par :

A) L'appareillage :

l'appareillage de surveillance,
l'appareillage de récupération ;

B) Les traitements physiothérapiques :

massages,
bains locaux,
diathermie,
rayons infra-rouges,
radiothérapie médullaire,
galvanisation simple,
diélectrolyse,
traitement électrique excito-musculaire,
Rayons U. V.,
cures thermales et hélio-marines,
mécanothérapie,
mécanothérapie sous-marine ;

5° D'un traitement des infirmités :
par l'opération tardive :
prothèse,
orthopédie sanglante.

Nous allons nous attarder sur quelques points spéciaux du traitement pour souligner les difficultés rencontrées lorsque l'on veut les appliquer en l'absence d'un centre de traitement bien outillé.

Une règle thérapeutique observée par certains spécialistes français et non des moindres, ainsi que par la quasi-unanimité de leurs collègues allemands, anglais ou américains, est la nécessité de la mise en état de récupération ou de repos, des muscles atteints ; relâchés pendant un laps de temps qui n'est jamais inférieur à un mois et qui peut être beaucoup plus long, ces muscles sont, dans les conditions les plus favorables pour être à nouveau touchés un jour par le stimulus venu des centres nerveux. Pour maintenir cette position de relâchement, on utilise aux Etats-Unis le cadre de *Macnamara*, très simple et très pratique.

Cette mesure qui pourrait être très facilement observée dans un centre spécialisé où le poliomyélitique serait transporté dès le début de sa période aiguë est évidemment très difficile à faire admettre en clientèle de médecine générale. Que penserait une honnête famille d'un praticien qui n'opposerait d'autre thérapeutique aux dégâts effrayants consécutifs à la destruction des cellules nerveuses motrices que le repos absolu et prolongé ? Il y aurait les plus grandes chances pour que le confrère proposant un massage énergique ou un traitement à base de courant faradique, ces deux ennemis mortels du muscle dégénéré, fut bientôt préféré.

Que d'autres difficultés en perspective pour les malheureux parents qui, sans compétence d'aucune sorte, doivent choisir entre les différents traitements proposés ! Quelles ressources considérables leur faut-il posséder pour régler les honoraires de tous les brillants spécialistes qu'ils iront consulter en France et en Europe pendant des mois et des années ! A moins d'un hasard favorable, le découragement est à peu près inévitable, soit en raison de la lenteur de la récupération soit en raison des discordances fondamentales des conceptions thérapeutiques des spécialistes. Celui-ci s'obstinera à tenter les uns après les autres tous les courants électriques plus ou moins modifiés, car, en eux seuls, il voit le salut ; tel autre, non moins célèbre, prônera exclusivement l'appareillage ; un autre encore paré de tous les titres qui imposent le respect

ne voudra entendre parler que d'un traitement chirurgical, tel autre conseillera la mécanothérapie prolongée, tel autre, enfin, la rééducation. Devant tous ces conseils donnés d'ailleurs, avec la meilleure bonne foi, que fera notre paralysé ou plutôt ses parents ? Il prendra une décision qui n'a pas les plus grandes chances d'être la meilleure, ou il ne fera rien, sinon d'attendre, avec une confiance que le temps ne diminuera pas toujours à sa plus simple expression, une guérison spontanée et miraculeuse.

En attendant, l'enfant ne pourra apprendre un métier. Que ses parents disparaissent et ce peut être la catastrophe. Et que l'on ne nous reproche pas de pousser exagérément au noir un si triste tableau ; nous peignons là une réalité journalière et nous pourrions citer des cas navrants à l'appui de ce que nous avançons. Tel paralysé perdant par une opération intempestive le bénéfice de ses efforts antérieurs ; tel autre croyant tirer un léger bénéfice d'un traitement mécanothérapique le poursuivra inlassablement avec une constance digne d'un meilleur sort.

Quant à l'indigent, il n'a, le plus souvent, qu'à se résigner. Nous avons vu un petit campagnard, atteint d'une monoplégie brachiale du type supérieur, traité dans un hôpital général de province. Après 12 séances de diathermie, il était renvoyé dans sa ferme. Un service surchargé pouvait-il faire mieux ?

La nécessité d'un centre de traitement où toutes les ressources de la thérapeutique seraient appliquées avec méthode et eclectisme est donc patente, inéluctable. Ajoutons que sa création permettrait de répondre non seulement à ce besoin purement thérapeutique, mais également au manque presque aussi criant d'écoles spéciales et d'écoles d'apprentissage.

De cette nécessité, des hommes de valeur, particulièrement qualifiés en la matière, en sont convaincus. Déjà, en 1924, le Professeur NOBÉCOURT et le Docteur DUHEM s'exprimaient à ce sujet en ces termes : « Le traitement de la paralysie infantile « par les agents physiques est long et très assujettissant. Pour « être poursuivi avec toute la rigueur et toute la minutie dési- « rable, il demande un matériel complexe et un personnel ins- « truit ; il est forcément très coûteux. Quand il s'agit d'en- « fants de familles aisées, il est difficile à réaliser à domicile ;

« à plus forte raison l'est-il quand il s'agit d'enfants de familles nécessiteuses.

« Il nous semble indispensable que ce traitement puisse être réalisé dans des maisons de santé et des services hospitaliers spécialement aménagés et outillés pour la balnéation chaude locale, la diathermie, la radiothérapie, la gymnastique et la mécanothérapie. Un personnel spécialisé doit être attaché à ces établissements.

« Il n'existe, à notre connaissance que peu de maisons de santé réalisant toutes les conditions requises au traitement de la poliomyélite. Il serait à désirer qu'un véritable effort fut fait pour la création d'établissements destinés à ce traitement en se proposant de réduire le plus possible les frais élevés qu'il entraîne pour des familles souvent modestes.

« Quant aux établissements hospitaliers, leur organisation actuelle ne permet pas le traitement méthodique de la paralysie infantile. Dans les hôpitaux d'enfants, les petits malades ne peuvent être conservés assez longtemps faute de place ; ou bien ils restent dans les services généraux dans lesquels ils sont exposés au danger des contagions et plus ou moins abandonnés à leur malheureux sort. De plus, ces hôpitaux ne possèdent pas, en général, tout le matériel nécessaire. Les services de physiothérapie ou d'électrothérapie n'ont pas de lits d'hospitalisation qui leur appartiennent propre. Il y a là une lacune à combler.

« Il est même permis d'envisager le problème d'un point de vue plus général. Le traitement de la paralysie infantile doit être poursuivi pendant des années. Or, l'hospitalisation prolongée est déplorable non seulement pour la santé des enfants, mais encore pour leur éducation intellectuelle et morale. Il serait bien préférable de les grouper dans des établissements spéciaux placés dans une région saine à proximité de la ville. Ces établissements seraient dotés du matériel nécessaire, et d'un personnel instruit ; ils seraient placés sous la direction de médecins spécialisés qui coordonneraient leurs efforts, tandis qu'actuellement ceux-ci sont trop souvent dispersés. Les enfants pourraient y poursuivre leur éducation : les jeux et les exercices eux-mêmes y seraient orientés de manière à avoir une utilité thérapeutique.

« Enfin, il y aurait des ateliers organisés de manière à ce

« que chaque malade puisse faire un apprentissage manuel
« approprié au siège et à l'étendue de ses lésions, ainsi que
« cela a été réalisé pour les mutilés de guerre.

« Par ses conséquences, la paralysie infantile est une mala-
« die redoutable. Par sa fréquence, elle rentre dans le cadre
« des maladies sociales, c'est-à-dire des maladies qui intéres-
« sent la société. Trop nombreux sont les sujets qui en sont
« atteints et qui mènent une existence lamentable pour eux
« et pour les autres, qui sont une charge pour leur famille et
« pour la collectivité. Beaucoup de ces sujets convenablement
« traités pourraient être récupérés, mis en état de mener une
« existence à peu près normale et de gagner leur vie. Jusqu'ici,
« rien n'a été fait pour améliorer leur sort. Il convient de ré-
« parer cet oubli, c'est une question d'humanité et c'est l'in-
« térêt de tous. »

Plus récemment, dans sa séance du 16 juin 1936, la *Société de Pédiatrie* a voté à l'unanimité un rapport concluant : « Les enfants atteints de poliomyélite mériteraient d'être placés dans des établissements spécialisés où les règles d'hygiène, d'activité physique ou de rééducation qui leur conviennent pourraient être mis en œuvre. »

Aux *Assises Générales de la Médecine Française*, en juillet 1936, M. Edmond LESNÉ, membre de l'Académie de Médecine, demandait la création de centres de traitement et d'orientation professionnelle pour les malades qui ont été atteints de poliomyélite et *affirmait que cette création était urgente*.

La nécessité de centres de traitement étant établie, dans quel cadre faut-il envisager leur existence : doit-on les intégrer dans le système d'assistance aux estropiés tel qu'il est réalisé dans de nombreux pays, c'est-à-dire avec hôpitaux et écoles orthopédiques, ou doit-on créer des centres spécialisés de rééducation pour poliomyélitiques ?

Nous avons déjà indiqué, dans nos généralités, quelques défauts du centre de rééducation. Pour des poliomyélitiques, il serait peut-être encore moins favorable, surtout pour leur enseignement professionnel. On connaît l'extrême diversité de localisation des lésions provoquées par la Maladie de Heine-Medin. Dans un centre qui ne pourrait raisonnablement compter plus de 150 malades, serait-il possible de leur apprendre un nombre suffisant de métiers adaptés spécialement à leur

déficience individuelle sans risquer de grever lourdement le budget ?

Dans l'autre solution, au contraire, l'enfant pourrait, après un séjour à l'hôpital orthopédique, pendant les premiers stades de sa lente et incomplète récupération, suivre les cours d'une école orthopédique ordinaire. Demi-pensionnaire, il ne serait pas séparé de sa famille. Plus tard, enfin, grâce à une orientation professionnelle judicieuse, il serait envoyé à l'école professionnelle où le métier le mieux adapté à son infirmité lui serait enseigné. Une section d'internat accueillerait les enfants de la campagne.

Pourtant, une objection sérieuse se présente à l'esprit. Le traitement est dirigé à l'hôpital orthopédique par le chirurgien, et cela implique presque fatalement une prédominance du traitement chirurgical. Or, en matière de poliomyélite et suivant les conceptions de l'école française, la chirurgie ne doit intervenir qu'en dernier ressort, une fois que tous les autres traitements ont amélioré le plus possible le paralysé.

Sans doute, certains chirurgiens français ont publié des rapports dans lesquels ils préconisaient un traitement sanglant, le plus précoce possible, moins de six mois après le début de l'affection, et même chez les enfants. Ce délai paraît trop court à d'autres chirurgiens, et c'est à juste titre. La période de récupération, spontanée ou sous l'influence des traitements physiques peut, parfois, se prolonger des années. Est-il logique, d'autre part, d'intervenir sur les épiphyses d'un enfant sans craindre d'influencer d'une manière défavorable le processus ostéogénétique de croissance et d'aggraver l'infirmité que l'on voulait combattre ? A titre d'exemple, une attelle légère remplira aisément la fonction d'une arthrodèse du genou et permettra d'attendre que l'enfant ait l'âge de subir une intervention.

Tout au plus, la chirurgie nous paraît-elle devoir intervenir *chez l'enfant* que pour sectionner des rétractions musculaires anciennes et rétablir ainsi les aplombs : ces rétractions musculaires ne se constituent d'ailleurs jamais chez un poliomyélitique convenablement soigné, et quand elles ne sont pas trop anciennes, elles peuvent être vaincues par des moyens non sanglants, telle la table de redressement imaginée par le Docteur Bidou.

L'adulte seul, s'il est pressé de se remettre dans le circuit

social peut avoir recours avec avantage à l'orthopédie sanglante en négligeant les autres étapes du traitement.

Pour éviter cette prédominance de la chirurgie dans le traitement des séquelles post-poliomyélitiques, prédominance dont nous venons de signaler les dangers, il faudrait faire appel à une *équipe de spécialistes* dirigée par exemple par un neurologue. Cette équipe pourrait fort bien traiter les poliomyélitiques dans un hôpital orthopédique situé dans la région parisienne (en raison des facilités de communication), mais au grand air. Les enfants de la capitale pourraient ensuite fréquenter les écoles orthopédiques éventuellement construites sur le modèle de celles de Londres par exemple ; les enfants de province seraient gardés dans une école annexe jusqu'au jour où ils pourraient fréquenter l'école ordinaire de leur pays d'origine. Enfin, les enfants originaires de la campagne pourraient apprendre un métier dans des ateliers annexes sous une surveillance médicale un peu relâchée.

La solution que nous présentons est donc une *solution mixte* qui nous paraît tenir compte des besoins de catégories de poliomyélitiques venant de toutes les régions de la France.

QUELQUES CRITIQUES ET SUGGESTIONS POUR AMELIORER LE SORT DES ENFANTS ESTROPIES FRANÇAIS

L'étude que nous venons de faire de l'assistance française aux enfants estropiés, comparée à celle de l'Allemagne, des Etats-Unis, de l'Angleterre, de la Suède, de la Norvège et du Danemark, a prouvé (du moins nous l'espérons) combien était important notre retard dans ce domaine.

Dans le champ de la prophylaxie, du dépistage, du placement, tout ou presque tout, reste à faire.

Mais quelle que soit l'importance de ces questions, c'est, avant tout, sur l'amélioration de ses lois en faveur des estropiés et sur la création de nouveaux centres de traitement que l'Etat Français doit porter son plus vigoureux effort.

La loi de 1905, non seulement ne s'occupe pas des enfants incurables de moins de 14 ans, mais encore, basée sur le principe de la charité pure, néglige totalement le côté productif de l'assistance, c'est-à-dire le soulagement des charges trop lourdes occasionnées par l'hospitalisation à vie d'incurables ou de soi-disant tels. Ce côté productif de l'assistance ne peut être réalisé que par la promulgation d'une loi assurant le placement des jeunes estropiés dans des établissements où le traitement, l'éducation et l'enseignement professionnel leur seraient dispensés.

Cette loi serait, à coup sûr, préférable à la simple circulaire ministérielle du 23 novembre 1936 qui, si elle permet le placement d'enfants estropiés dans des centres de traitement, est inconnue de la grande majorité des parents, d'une partie très importante du corps médical et même de quelques bureaux d'assistance.

Dans le domaine éducatif, la situation n'est pas tout à fait comparable ; la loi existe, mais la non-prévision par cette loi d'écoles spéciales lui enlève toute efficacité en ce qui concerne les enfants estropiés.

En attendant le vote du projet complétant la loi du 13 avril 1924 sur l'admission des estropiés dans les écoles professionnelles, ceux-ci peuvent être admis dans les écoles existantes ; là encore, solution d'attente, presque de négligence.

Les centres de traitement insuffisants en nombre et en qualité seraient vite débordés si la législation était complétée dans le sens que nous désirons.

Notre opinion, en ce qui concerne l'insuffisance de la législation et des établissements peut être étayée par le vœu suivant de l'Académie de Médecine adopté au début de 1937, sur la proposition des Docteurs *Loir et Legagneux* (du Havre).

L'Académie de Médecine souhaite :

« 1° Qu'une loi organisant la récupération des déficients
« éducatibles de toutes catégories capables d'une rééducation
« intellectuelle, *motrice*, sensorielle, morale ou respiratoire.
« Ceux-ci ont droit à un traitement médical en même temps
« qu'à une instruction adéquate à leurs possibilités, suivie de
« l'apprentissage d'un métier.

« Dans ce but, il est nécessaire que la loi envisage la création obligatoire de centres de rééducation avec direction médicale par arrondissement ou département.

« 2° Que des classes soient créées dans les communes pour donner à ces déficients l'instruction, les soins médicaux, une éducation manuelle et l'apprentissage d'un métier ;

« 3° Qu'un contrôle, sous la surveillance de médecins et d'instituteurs soit établi pour opérer la détection et la séparation des inaptes ;

« 4° Qu'auprès de ces établissements figure un comité de patronage chargé de suivre ces enfants à leur sortie de l'école ;

« 5° Que sur la liste d'assistance figurent les anormaux sensoriels, *moteurs*, ou psychiques au même titre que les assistés malades ou aliénés. »

Sans doute, dans ce vœu, l'expression déficient moteur ne cadre pas tout à fait avec la définition de l'estropié telle que

nous l'avons donnée; mais le traitement est envisagé au même point de vue que le nôtre ; l'absence d'établissements de traitement et d'éducation ainsi que la carence de la législation y sont implicitement constatées.

Pour contribuer à améliorer la condition de l'Enfance Estropiée, nous n'avons pas l'intention d'apporter un plan complet et précis en toutes ses modalités, mais simplement une liste de toutes les réformes qui nous paraissent indispensables à bref délai. Ces mesures classées par ordre d'urgence, plus que par ordre d'importance, sont :

1° *La création immédiate* d'un service de l'enfance estropiée au Ministère de la Santé Publique, service qui réunirait toute la documentation sur l'assistance aux enfants estropiés dans tous les pays du monde et qui mettrait rapidement au point un tableau des mesures les plus urgentes à réaliser dans les différentes branches de l'assistance telles que nous les avons énumérées à savoir : législation, prophylaxie, dépistage, traitement, instruction, éducation professionnelle, placement, post-cure, etc... Des liaisons étroites sont évidemment à établir d'une part entre les Ministères de l'Hygiène et de l'Instruction Publique pour les questions d'éducation, d'autre part entre les Ministères de l'Hygiène et du Travail pour les questions d'orientation professionnelle, d'apprentissage et de placement ;

2° *Le vote rapide d'une loi* permettant de réaliser ce qui est le plus pressé, c'est-à-dire l'organisation du traitement, de l'enseignement et de l'éducation professionnelle des enfants estropiés *récupérables*.

La limite de cette récupérabilité ne peut être déterminée par un texte législatif ; il faudra donner aux spécialistes une liberté entière dans son appréciation. Qu'il nous soit permis, dès à présent, de signaler qu'elle peut englober un grand nombre de cas considérés jusqu'ici comme incurables ; par exemple, un paraplégique convenablement appareillé et éduqué professionnellement peut exercer un certain nombre de métiers manuels (horlogerie, bijouterie, etc.) ; doué intellectuellement, il lui est possible de gagner sa vie dans certaines carrières (enseignement, administration). Dans cet exemple, le paraplégique est *incurable* au sens propre du mot, mais il est *récupérable* ;

3° *Une législation favorisant l'emploi des récupérés.*

Voici quelques remarques sur le choix des méthodes qui faciliteraient cet emploi.

Pour les estropiés ayant de grosses dispositions intellectuelles, il est possible d'envisager la solution suivante : les emplois actuellement réservés aux mutilés de guerre dans les administrations pourraient être, au fur et à mesure de leurs vacances, réservés à des estropiés *présentant les diplômes suffisants*.

Quant aux manuels, il nous semble plus pratique de les ranger en trois catégories :

a) *Les estropiés relativement peu atteints* pourraient, grâce à une orientation professionnelle judicieuse être aiguillés vers les branches spécialisées de l'industrie les mieux compatibles avec leur infirmité et les moins touchées par le chômage.

On a vu qu'en Allemagne, il existait une loi qui obligeait tout patron ou industriel ayant un certain nombre d'employés à occuper des estropiés dans son établissement. En France, la *loi du 26 avril 1924* stipule que toutes les exploitations industrielles et commerciales qui occupent régulièrement plus de dix salariés de l'un ou l'autre sexe âgés de plus de 18 ans, sont tenues d'employer des pensionnés de guerre au prorata de leur personnel total, pour un pourcentage de 10 %. Toutes les exploitations agricoles et forestières qui occupent régulièrement plus de 15 salariés sont tenues à la même obligation. A défaut de pensionnés de guerre, les pensionnés du travail, accidentés dans l'entreprise qui les emploie, entrent en ligne de compte. Ne pourrait-on pas étendre le bénéfice de cette loi à certaines catégories d'estropiés ne dépassant pas un certain pourcentage d'invalidité par exemple 20 à 30 % ?

b) *Pour les estropiés moyennement atteints*, la solution idéale paraît être l'artisanat, parce qu'elle réduit au minimum les déplacements et qu'elle isole l'estropié des plaisanteries cruelles de l'atelier. Mais, un estropié est, en général, moins rapide qu'un individu sain dans l'exécution d'un même travail. Il sera donc handicapé par rapport à ses concurrents. D'autre part, l'installation du modeste magasin ou atelier ne lui sera pas toujours facile ; dans ces conditions, il nous semblerait juste d'envisager une avance de l'Etat pour ses frais d'installation, d'achat de matériel ou de matières premières,

ainsi qu'une exemption d'impôts pendant les premières années de son travail ;

c) *Pour les estropiés conservant, malgré toutes les tentatives thérapeutiques, un gros pourcentage d'invalidité*, il est assez justifié d'envisager la création d'ateliers coopératifs sur le modèle de ceux de Boston. Il est rare qu'un estropié éduqué jeune, ne puisse, quelle que soit l'importance de son infirmité, accomplir un travail plus ou moins rémunéré. En écrivant ceci, nous pensons à ces estropiés de Norvège dont on trouvera des photographies dans l'article de M. Rumelhoff et qui, privés de bras, peuvent, néanmoins, gagner tout ou partie de leur vie en cousant à la machine avec leurs pieds ou en brodant avec la bouche. Que pour arriver à de telles *acrobaties*, il faille une infinie patience de la part de l'éducateur, cela est évident, comme est nécessaire, en pareil cas, l'assistance des bien-portants à de tels infirmes ; mais, quelque puisse être pénible, pour ces sujets, le sentiment de leur infériorité devant la matière inerte qu'il faut travailler, il leur est, à tout prendre, plus supportable que la triste et désespérante inaction dans un asile d'incurables ;

4° *La création, dans quelques grands centres, d'hôpitaux orthopédiques*, ou bien, puisque l'on parle d'une refonte du régime hospitalier, l'utilisation d'hôpitaux désaffectés et aménagés à cette intention. Ces hôpitaux, donnant l'enseignement, pourraient être doublés, comme en Angleterre, d'un réseau de petits hôpitaux de campagne où seraient fait aux estropiés les traitements légers à leur sortie de l'établissement central : ces mêmes hôpitaux ruraux qui sont souvent vides, pourraient servir au dépistage « volant » qui serait fait régulièrement dans les régions trop éloignées du centre ;

5° *La création, dans les grandes villes, d'écoles orthopédiques*, où l'enfant, qui ne pourrait fréquenter l'école ordinaire, serait un peu soigné et surtout instruit dans les meilleures conditions physiques. Ces écoles comme toutes celles que nous avons décrites dans notre travail seraient de demi-internat.

Dans les écoles ordinaires, il pourrait être prévu des classes spéciales avec équipement adéquat.

La formation des maîtres devra être faite avec le plus grand soin. L'instituteur et l'orthopédiste sont les deux piliers de l'assistance aux estropiés.

6° *La création d'ateliers professionnels* outillés d'une façon très moderne et uniquement destinés à l'enseignement des jeunes gens de 14 à 18 ans ;

7° *La création de bureaux départementaux* rattachés aux Bureaux d'Hygiène et chargés du dépistage en s'attachant tout particulièrement à le faire pendant, avant et après l'âge scolaire. Un spécialiste pourrait visiter chaque année les chefs-lieux de canton de son département. Ces mêmes bureaux pourraient être chargés, avec des crédits spécialement affectés, du renouvellement des appareils de prothèse et pourraient aider à l'acquisition de véhicules spéciaux pour estropiés. Enfin, à défaut d'organisations privées, on pourrait charger ces bureaux du placement des estropiés récupérés ;

8° *Pour les poliomyélitiques, la création d'au moins un centre de traitement* où le séjour serait le moins prolongé possible et où seraient dispensés le traitement, l'instruction et l'éducation professionnelle. Ce centre devrait rester en liaison étroite avec l'ensemble des autres établissements pour enfants estropiés, de sorte que les échanges entre ce centre et les écoles, hôpitaux orthopédiques et ateliers professionnels soient facilités chaque fois que le besoin d'en ferait sentir ;

9° *Une numération* aussi exacte que possible des estropiés français de moins de 21 ans ;

10° *L'extension du bénéfice de la loi de 1905* aux estropiés, incurables ou irrécupérables de moins de 14 ans ;

11° *La mise en œuvre d'une propagande* portant sur toutes les classes du pays pour enseigner au public les signes précoces des infirmités naissantes de l'appareil de locomotion ou de soutien ainsi que les avantages d'un traitement précoce ;

12° *L'appel à toutes les bonnes volontés* compétentes, et l'encouragement en haut lieu, avec l'accord des personnes les plus qualifiées en la matière, d'une Société Nationale de Protection des Enfants Estropiés, qui aiderait puissamment l'Etat dans son effort.

Les Anciens Combattants Français qui, depuis la guerre, se sont exclusivement cantonnés dans la défense, légitime d'ailleurs de leurs intérêts, pourraient méditer sur l'exemple de l'*American Legion*, et apporter, comme elle, la puissance de leur organisation à l'œuvre commune de récupération des enfants estropiés.

Nous n'avons pas inscrit dans notre liste l'obligation pour les médecins, sages-femmes, infirmières, etc..., de déclarer tout cas d'infirmité comme cela se pratique en Allemagne et au Danemark. Appliquée sous d'autres longitudes et latitudes que les nôtres, cette mesure se révèle très efficace. Est-ce à dire qu'elle le serait pareillement en France ? Nous ne pouvons que concevoir des doutes à ce sujet si l'on en juge par les résultats que donne la déclaration obligatoire de la polio-myélite.

Cette mesure serait pourtant le moyen de choix pour connaître le nombre des enfants estropiés.

Tout ce que nous venons de demander et *qui nous paraît réalisable parce que cela existe dans d'autres pays*, nous le jugeons indispensable pour arriver à un résultat satisfaisant. Des mesures fragmentaires négligeant l'un ou l'autre de ces points diminueraient les chances d'arriver au but que nous nous sommes tracé : décharger l'Etat de dépenses improductives tout en aidant les estropiés à se tirer d'affaire.

La France qui, par l'effort fait en faveur de ses osseux était avant la guerre un exemple pour beaucoup de nations, se doit de faire preuve d'autant de bonne volonté pour tous les enfants estropiés. Au moment où une lutte capitale s'engage entre les nations, lutte qui pourrait facilement passer du domaine purement économique au domaine militaire, chaque pays devrait utiliser toutes ses forces vives, même les plus humbles pour ne pas être écrasé ; les 120.000 estropiés français, s'ils étaient aidés dans leurs efforts de retour à une vie la plus normale possible, pourraient, en échange, consacrer toutes leurs énergies à soutenir la collectivité nationale, pour eux, enfin, bienveillante.

CONCLUSIONS

1° L'assistance pour la récupération de l'Enfance Estropiée n'est pas uniquement dictée à chaque pays par des raisons humanitaires, mais, également, par le souci de soulager les budgets d'assistance de leurs dépenses improductives et de restituer à la communauté nationale, une source utile de travail ;

2° Cette assistance, pour être efficace, doit s'exercer simultanément dans plusieurs branches d'activité, toutes importantes ; d'une part grâce au vote de lois favorables, d'autre part, grâce à la mise en œuvre de mesure prophylactiques, thérapeutiques, scolaires et professionnelles.

La négligence, dans un seul de ces domaines, entraîne la stérilité des autres efforts ;

3° Certains pays ont acquis, sur la France, une avance très notable dans le champ de l'assistance aux enfants estropiés.

Le maintien de cet état de choses serait regrettable pour notre pays :

a) parce que son rayonnement spirituel dans le monde en souffrirait ;

b) parce qu'il lui ferait perdre tout le bénéfice d'une main-d'œuvre qui, par un effort de quelques années, serait récupérée ;

4° Les mesures les plus urgentes pour que la France rattrape ce retard sont :

a) des mesures législatives organisant le dépistage (pré-scolaire, scolaire, et post-scolaire), le traitement, l'instruction, l'apprentissage et le placement des estropiés ;

b) la création d'écoles et d'hôpitaux orthopédiques ;

c). l'organisation d'ateliers spéciaux pour l'apprentissage et le travail des estropiés ;

d) particulièrement en ce qui concerne les poliomyélitiques, la création de centres de traitement pouvant les faire bénéficier, sous une direction éclairée, de toutes les ressources thérapeutiques.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

FRANCE

- BIDOU G. — Principes scientifiques de récupération fonctionnelle des paralytiques. Paris 1927.
- De la rééducation des paralytiques (*Journal des Praticiens*, n° 2, 14 janvier 1935).
- BORREL. — L'assistance sociale aux infirmes civils, rééducation professionnelle, rappel des résultats obtenus à Bordeaux (Thèse de Bordeaux, 1925).
- CORRIAT. — La poliomyélite infectieuse épidémique. Les formes non paralytiques (Thèse 1939, Le François, éditeur).
- DIJONNEAU ET THIBAudeau. — L'école de rééducation professionnelle des infirmes et des mutilés de Bordeaux (1^{er} janvier 1930-31 décembre 1930. *Archives Franco-Belges de Chirurgie* ; 32 : 686-689, août 1930).
- La rééducation professionnelle à Bordeaux de 1915 à 1935. *Archives Franco-Belges de Chirurgie* ; 35 : 199-205, février 1936).
- FOUCHÉ S. — La récupération sociale de l'Enfance Infirmes en France (*Ligue pour l'Adaptation du Travail du Diminué Physique*, 6, rue de Seine, Paris).
- GIBERT. — Contribution à l'étude de l'organisation et du fonctionnement de l'inspection médicale scolaire (Thèse de Bordeaux, 1935).
- HOUDRÉ. — La prévention des infirmités chez les enfants (1^{er} Congrès général de l'Enfance, Genève, 1925. Document n° 54).

ICHOCK. — Le travail des malades et des infirmes (Paris, chez Rivière, 1931).

LAMY (Louis). — Les enfants estropiés. Etat de la question en France. (*Conférence Internationale pour l'Enfance Estropiée à Montréal*, 1934).

— Création d'une école pour les scoliotiques (3^e Congrès Mondial pour l'Enfance Estropiée, Budapest, 1936).

LINDENBAUM (S.). — Etude sur l'assistance médico-sociale aux enfants infirmes de la motricité dans différents pays. (Thèse de Strasbourg, 1933).

LINDENBAUM ET MEYER (M.). — La prévoyance aux infirmes et aux estropiés en Amérique du Nord (*Revue médico-sociale de l'Enfance*, n° 1, 1934).

MEYER. — Prévoyance et aide sociale aux infirmes en Allemagne (*Médecine d'Alsace et de Lorraine*, juillet 1932).

Médecine Général Française (La). — Les Assises Nationales sur la poliomyélite aiguë, juillet 1936.

MOLLARÉ. — Le traitement de la poliomyélite aiguë épidémique, Paris, J.-B. Ballière et Fils, 1935).

MOLINÉRY. — La grande misère des enfants estropiés. (*Médecine Internationale Illustrée*, septembre 1935).

NOBÉCOURT ET SCHREIBER. — L'hygiène sociale de l'enfance (Masson et Cie, 1921).

NOBÉCOURT ET DUHEM. — Le traitement de la paralysie infantile doit être organisé méthodiquement (*Presse Médicale*, mercredi 5 mars 1924).

PAOLI. — L'enfant infirme à travers les âges (Thèse Bordeaux, 1933).

TIXIER (A.). — L'organisation de l'assistance aux invalides (*Rapport présenté à la Conférence Internationale de la Croix-Rouge*, Genève, 1923. Document de la Conférence, n° 21).

VAN DANTZIG. — La méthode Mensendieck. Une rééducation psycho-physique (*Communiqué par le Ministère de la Santé Publique*).

VIGNARD. — La valeur comparée de la rééducation méthodique et des interventions dans la maladie de Little (*Premier Congrès des Œuvres de Sauvetage de l'Enfance*).

ALLEMAGNE

ECKHARDT. — Le Musée de l'Institut Oscar-Hélène à Berlin (*Vers la Santé*, avril 1928).

- Handwerk und Krüppel heime (*Ztschr. für Krüppelfürsorge*, 28, 42-45, mars-avril 1935).
- Die statistik in der Krüppelfürsorge (*Archiv für Soziale Hygiene und Demographie*).
- Aus der Arbeit unferer Krüppelanstalten (*Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, mars-avril 1935).
- Bekämpfung des Krüppeltums (*Sonderadbruck aus : Fortschritte der Gesundheitsfürsorge*. Jargh. 8, n° 2, 1934).
- Die Entwicklung der deutschen Krüppelfürsorge in Zahlen. (*Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, 64, bd 4 heft, 1936).
- Krüppelfürsorge als Glied des einheitlichen Gesundheitswesens (*Der öffentliche Gesundheitsdienst*, 20 avril 1935).
- Welchen Nutzen würde ein internationaler Zusammenschluss des Organisation für Krüppelfürsorge den Ländern und Krüppeln der ganzen Welt bringen ? (*Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, vol. 21, 192).
- Verbeugeung des Krüppeltums (*Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, vol. 22 ; 1929).
- Conference à la « Seventeenth Annual Convention of the International Society for Crippled Children » sur les mesures prises en Allemagne pour combattre les infirmités (*Manuscrit*).

HEROLD. — Der kindergarten der Krüppelheims (*Zeitschrift für Krüppelfürsorge* ; 22 : 224-227, 1929).

WURTZ. — Zerbrecht die Krücken (*Ed. Voss. Leipzig, 1932*).

ANGLETERRE

Handbook on the welfare of cripples, 1937. Published by the Central Council for the Care of Cripples.

Directory of orthopædic institutions, voluntary organisations and official schemes for the welfare of cripples. Published by the Central Council for the Care of Cripples.

Principal residential cripples training colleges. Published by the Central Council for the Care of Cripples.

BULLER. — Princess Elisabeth Orthopædic Hospital Exeter England (*M. J. and Rec.* 13 ; 43-44, July 1931).

EMSLIE. — La lutte préventive contre les infirmités chez les enfants (*Premier Congrès général de l'Enfance*, Genève, 1925. Document n° 52).

JONES (R.). — Care of crippled children in Great-Britain (*Med. Press*, 128 ; 473-475, déc. 1929).

BELGIQUE

DAM (Ch.). — Etudes sur l'assistance aux estropiés.

1° Le problème de l'assistance aux estropiés (Renaix, des presses de Leherte-Courtin et fils) ;

2° L'éducation et la rééducation des estropiés (Renaix, id.) ;

3° Les Instituts. Les œuvres (Extrait de la *Revue du Travail*, octobre et décembre 1934).

4° La législation en faveur des estropiés et des mutilés (Extrait de la *Revue du Travail*, juillet 1936).

DELYS. — De la scolarité de l'Enfance Estropié (*Œuvre Nationale de l'Enfance*, Bruxelles, 1938, n° 4).

HENRARD (H.). — Les allocations pour estropiés et mutilés (*Œuvre Nationale de l'Enfance*, Bruxelles, 1938, n° 4).

PIERARD (A.). — L'Ecole pour estropiés et estropiés adultes à Charleroi (*Bulletin de l'Enseignement technique du Hainaut*, 25^e année, n° 2, février 1933, p. 144).

CANADA

HOPPER. — Rehabilitation of crippled child (*Canada Lancet Pract.*, 78 : 39-47).

ETATS-UNIS

Federal and state cooperation in maternal and child-welfare services under the Social Security Act (*Maternal and child-welfare ; Bulletin n° 2, United States Government Printing Office ; Washington, 1938*).

Hearings before the Committee on Education and Labor, United States Senate, seventy-fifth Congress, first session on S. 1634 a bill to provide for the education of all types of physically handicapped children. April, 8 and 9, 1937 (*Printed for the use of the Committee on education and Labor. United States Government Printing Office, Washington, 1937*).

Annual report of the secretary of labor : fiscal year ended June 30 1937 (*United States Printing Office, Washington Office, 1937*).

Grants to states for maternal and child Welfare under the Social Security Act. 1935.

Digest. Federal and State legislation effecting crippled children and the physically handicaped, 1938 ; Compiled by states. Published by the International Society for Crippled Children. Elyria. Ohio.

Directory. Hospitals and institutions in the United States of America engaged in work for crippled children (*The International Society for Crippled Children, Elyria, Ohio*).

Industrial homes for crippled children. Thirty-fourth. Annual Report 1936-1939, Pittsburgh, Pennsylvania.

Proceedings. — 16 th Annual Convention International Society for crippled children (*The Crippled Child, June 1937*).

The Crippled Child (*Published by the International Society for Crippled Children, Elyria, Ohio*).

Institutional membership reporting service (*International Society for Crippled Children*).

Rapport sur les enfants infirmes et leur éducation aux Etats-Unis (*White House Conference on Child Health and Protect : the Century Company*, New-York City, 452, pages, 1933).

* Sunbeam School for Crippled Children ; Board of Education, Ohio. Education of the handicapped in Detroit Public Schools.

ATSATT. — The Crippled Child in California (*Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. XI, 1929).

BRACKETT. — Organisation and work of industrial school for Crippled and Deformed Children (*Occupational Therapy* 7 ; 305-311, octobre 1928).

DALY. — Why educate crippled children ? (*Physiotherapy Rev.* 11 : 205-206, sept.-oct. 1936).

DICKIE. — The After-care of poliomyelitis (*Journal of the American Medical Association*, 1928, tome XCI, n° 19, p. 1417).

HOWETT. — A plan to care for all cripples (*Hospital Social Service* : New-York, avril 1928).

KING. — The after-care of infantile paralysis (*Revue Internationale de l'Enfance*, octobre 1927).

MC. BRIDE. — Crippled children, their treatment and orthopædic nursing (*Mosby Company*, Saint-Louis 1931, 3,50).

OBROCK. — Occupational treatment for crippled children (*Occupational Therapy* 11 : 203-211, june 1932).

SCHULZ. — The cripple in primitive society (*Am. J. care of Cripples*, New-York, 1919, VIII, 335-346).

HOLLANDE

VAN ASSEN. — De zorg voor lichamelik-gebrekkigen uit social, economisch en medisch oogpunt (*Der geschritten van de centrale vereeniging voor lichamelik-Gebrekkigen*, 1929).

NORVÈGE

Legemlig vanfore 1918-1919 (*Særtrikk av « statistiske meddelser, n° 5, 1922 »*).

Beretning om Centralstyrets virksomhet (1-7-1934, 30-6-1937). (*Centralstyret for vanfore*).

L'organisation de l'assistance aux infirmes des membres en Norvège (*Centralstyret for vanfore*).

« SOPHIES MINDE » arbeidsskole og klinikk for vanfore.

RUMELHOFF. — Le rééducation des infirmes en Norvège (*Vers la Santé, Paris, août 1936*).

SUEDE

Förhandlingar från Nordiskt samförvaldsmöte och 1934. Gamla och nya vägar i samförvaldsarbetet.

HAGLUND. — Différents manuscrits personnels.

SUISSE

JUNOD. — Education des anormaux en Suisse (*L'éducation en Suisse, 1935*).

NICOD. — Le traitement orthopédique des paralysies infantiles (*5° Congrès des pédiâtres de langue française, 1927 ; Payot et Cie*).

STEIGER. — L'aide à la jeunesse infirme ou anormale (*Bulletin International de la protection de l'Enfance, 1937*).

Pro Infirmis. — L'information au service du travail social (fév. et mars 1936).

TCHECOSLOVAQUIE

FREYKA. — Deze Zusammenarbeit der krüppelfürsorge mit der öffentlichen gesundheits und sozialfürsorge.

Comme source de renseignements généraux, on peut consulter les publications se rapportant aux Congrès suivants :

Premier Congrès général de l'Enfance, Genève, 1925.

Première Conférence Mondiale pour l'assistance des Enfants estropiés, 1929, Genève (Suisse).

Deuxième Conférence Mondiale pour l'assistance aux Enfants estropiés, La Haye (Hollande).

Troisième Conférence Mondiale pour l'assistance aux Estropiés, Budapest (Hongrie), 1936.

Cinquième Conférence Internationale de l'Instruction Publique, Genève, 1936 (L'organisation de l'enseignement spécial, Bureau International d'Education, Genève.)

Conférence de l'Association Internationale pour la Protection de l'Enfance, Francfort-sur-le-Main, 12-18 juin 1938. Sur l'assistance publique et privée en faveur de l'Enfance estropiée dans les différents pays du monde.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES DROITS DE L'ENFANT ESTROPIÉ	11
INTRODUCTION	13
GÉNÉRALITÉS SUR LE PROBLÈME DE L'ENFANCE ESTROPIÉE. .	15

Historique. — Définition du mot estropié. — Nombre des estropiés. — Les raisons pour lesquelles il faut s'occuper des enfants estropiés. — Comment peut-on venir en aide à l'enfance estropiée ? — Dépistage. — Traitement. — Enseignement. — Enseignement professionnel. — Placement. — After-care ou post-cure. — Le mouvement mondial en faveur de l'enfance estropiée.

Pays où l'assistance à l'enfance estropiée laisse une large place à l'initiative privée

ANGLETERRE	41
------------------	----

Historique. — Nombre actuel des enfants estropiés — Législation. — Apprentissage. — Emploi des estropiés. — Insuffisance de ces dispositions. — Lacunes de la législation. — Les œuvres privées et les associations locales pour le traitement des estropiés. — Dépistage. — Ecoles spéciales. — Etablissements donnant l'apprentissage. — La recherche des emplois telle qu'elle est pratiquée à Londres. — Travail dans certaines conditions particulières.

ETATS-UNIS	56
------------------	----

Historique. — Législation : A) *Législations particulières aux Etats*; B) *Législation fédérale*. — Exem-

ple d'organisation d'Etat : *le Wisconsin*. — Quelques chiffres pratiques. — La collaboration des œuvres privées.

BELGIQUE	76
----------------	----

Législation. — Règles relatives à l'état de besoin. — Les établissements pour les estropiés. — Les œuvres.

Pays où l'assistance en majeure partie étatisée fait parfois appel à la contrainte

ALLEMAGNE	89
-----------------	----

Historique. — Législation. — Organisation de l'assistance aux estropiés. — Propagande. — Etablissements pour estropiés. — Quelques chiffres. — Quelques établissements allemands d'assistance aux estropiés.

DANEMARK	103
----------------	-----

Historique. — Législation. — Le principe de la nécessité des mesures préventives. — Le devoir de déclarer l'infirmité. — Le traitement obligatoire. — Les hôpitaux orthopédiques danois.

NORVÈGE	111
---------------	-----

Historique. — Législation : 1) *Sur l'administration*; 2) *Sur l'inscription des invalides*; 3) *Sur les examens médicaux des infirmes et les frais qui s'ensuivent*; 4) *Sur la convocation des enfants estropiés pour une instruction dans les écoles-foyers*; 5) *Sur le droit des estropiés à un traitement spécial et à la rééducation*; 6) *Sur le paiement des traitements et des séjours dans les différentes institutions pour les estropiés*; 7) *Sur diverses prescriptions concernant, entre autres, les subventions aux estropiés pour se procurer des prothèses*; — *Sophies Minde*.

**Pays où l'assistance à l'enfance estropiée fait également
appel à l'état et à l'initiative privée**

SUÈDE	123
-------------	-----

Historique. — Législation. — L'organisation de
l'assistance. — Institutions d'assistance aux estro-
piés. — Limites de l'assistance aux estropiés.

Autres Pays

ARGENTINE. — BRÉSIL. — CANADA. — FINLANDE. — GRÈCE. — HOLLANDE. — HONGRIE. — ITALIE. — MEXIQUE. — NEW- FOUNDLAND. — POLOGNE. — PORTUGAL. — SUISSE. — TCHÉCOSLOVAQUIE. — URUGUAY. — U. R S. S.....	129
--	-----

France

L'ORGANISATION FRANÇAISE DE BIENFAISANCE EN FAVEUR DES ENFANTS ESTROPIÉS	155
A) Législation	155
B) Centres de traitement.....	163
LA GRANDE PITIÉ DES POLIOMYÉLITIQUES EN FRANCE.....	170
QUELQUES CRITIQUES ET SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LE SORT DES ENFANTS ESTROPIÉS FRANÇAIS	179
CONCLUSIONS	187
BIBLIOGRAPHIE	189

